

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE JAZDY KONNEJ W FOLWARKU KONNYM WIKTOROWO

Prosimy o wypełnienie literami drukowanymi

O wypełnienie części A prosimy Rodziców

I. Dane osobowe uczestnika kursu:

Imię i nazwisko

dziecka:.....

Data i miejsce

urodzenia:.....

Pesel

dziecka:.....

Adres

zamieszkania:.....

Telefon/

fax:.....

Adres i telefon (również komórkowy) rodziców w czasie pobytu dziecka na kursie

:.....

.email:.....

.

Staż jazdy konnej i stopień zaawansowania – stęp, kłus, galop, skoki, ujeżdżenie *

(lub wpisać początkujący):.....

Zgłaszam na kurs własnego konia * TAK NIE

jeżeli tak: imię konia.....

wiek konia.....

płeć konia.....

Wymagane jest zaświadczenie weterynaryjne o stanie zdrowia konia

Dodatkowe informacje i

życzenia.....

.

Wybrany termin

kursu:.....

II. Informacja rodziców (opiekunów) o stanie zdrowia dziecka:

Dolegliwości i objawy, które mogą wystąpić u dziecka *:

omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa,

ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne,

inne:.....

Przebyte choroby (podać , w którym roku) *:

żółtaczką zakaźną, dur brzuszny, błonica, inne choroby zakaźne, zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie ucha, częste anginy, cukrzyca, padaczka;
inne choroby:.....

W ostatnim roku dziecko było w szpitalu * TAK NIE

jeżeli tak podać powód:.....

Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone:.....

.....
Czy dziecko otrzymało surowicę (jaką i kiedy ?)
.....

Dziecko znosi jazdę samochodem * DOBRZE ŹLE

Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:.....

.....
Grupa krwi dziecka:.....

Seria i numer książeczki zdrowia (rodzinnej):.....

Skrócony Regulamin szkolenia

Uczestnik ma prawo:

- a. udziału w zajęciach przewidzianych w programie*
- b. treningów i zajęć zapewniających rozwój umiejętności jeździeckich*
- c. zwracania się z problemami do kierownictwa obozu*

Uczestnik zobowiązany jest;

- a. przestrzegania regulaminu szkolenia i innych regulaminów porządkowych i dotyczących bezpieczeństwa*
- b. stosowania się do poleceń trenerów i wychowawców*
- c. posiadania dokumentu tożsamości*
- d. punktualności i uczestnictwa we wszystkich zajęciach o ile nie ma zwolnienia*
- e. dbania o porządek i stan powierzonego sprzętu*
- f. dbania o czystość osobistą i w pokojach hotelowych*
- g. przestrzegania ogólnych zasad bezpieczeństwa*
- h. informowania kadry o chorobie lub złym samopoczuciu*

Uczestnik lub jego opiekunowie ponoszą odpowiedzialność finansową za wyrządzone szkody podczas pobytu.

Uczestnikowi nie wolno oddalać się od grupy po za teren ośrodka bez opowiedzenia.

Ośrodek nie ponosi odpowiedzialności za kradzieże i brak staranności uczestnika

Rzeczy cenne prosimy oddać do depozytu

Uczestników obowiązuje bezwzględny zakaz zakupu , posiadania lub picia alkoholu , palenia papierosów i

innych środków odurzających

W przypadku naruszenia regulaminu uczestnik może zostać skreślony z listy uczestników i wydalony ze szkolenia

III. Oświadczenie rodziców:

Po przeczytaniu i przyjęciu do wiadomości informacji zawartych w części A „Zgłoszenia na szkolenie jazdy konnej” akceptuję w/w warunki i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w szkoleniu jazdy konnej i jego udział we wszystkich przewidzianych zajęciach w tym treningach jazdy konnej (podwyższony wysiłek fizyczny i ryzyko urazów) zawodach, jazdach w terenie, w wycieczkach i dyskotekach.

Jestem świadomy o ryzyku urazów podczas zajęć stajennych, jeździeckich i innych zabawach podczas pobytu na terenie ośrodka.

w terminie:

Deklaruję chęć udziału w Egzaminie Na odznakę PZJ - TAK NIE (która odznaka)

Deklaruję chęć udziału w Konkursie Szkoleniowym – TAK NIE Skoki Ujeżdżenie

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

CZĘŚĆ „B” – wypełnia lekarz medycyny

IV. Opinia lekarza:

Po zbadaniu dziecka stwierdzam:

dziecko może być uczestnikiem wybranego kursu konnego TAK NIE

wskazania i przeciwwskazania:.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis i pieczęć lekarza)

Prosimy o odesłanie czytelnie wypełnionych części „A” i „B” na adres:

m.k.w@onet.pl plus potwierdzenie wpłaty