



„HEJ, KONIKU!”

FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM

ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa

tel. (022) 8145976, tel/fax. (022) 6741148 www.hejkoniku.org.pl

fundacja@hejkoniku.org.pl

BANK PKO S.A. Grupa PEKAO S.A. 62 1240 1082 1111 0000 0387 2509

.....dnia.....

## KARTA ZGŁOSZENIOWA

(wypełnia uczestnik lub opiekun prawny uczestnika)

**nazwisko** .....

**imiona** .....

data urodzenia..... wzrost..... waga.....

### Adres stałego zameldowania

kod..... miejscowość.....

gmina..... dzielnica.....

ulica i numer domu .....

### Adres zamieszkania

kod..... miejscowość.....

gmina..... dzielnica.....

ulica i numer domu .....

### NUMER POLISY UBEZPIECZENIOWEJ **NNW** UCZESTNIKA ZAJĘĆ

(uczestnik zajęć hipoterapii powinien być ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków – polisa NNW obejmująca jazdę konną i/lub hipoterapię)

.....

.....

/imię i nazwisko/

/podpis/

### KONTAKT DO RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW PRAWNYCH DZIECKA

Imię i nazwisko ojca (opiekuna).....

**Tel**.....

**e-mail**.....

Imię i nazwisko matki (opiekunki).....

**Tel**.....

**e-mail**.....

**W jaki sposób mogliby państwo wesprzeć działalność naszej fundacji?**

- pokrywając cały koszt zajęć hipoterapii
- pokrywając częściowo koszt zajęć hipoterapii (kwota deklarowana.....)
- pozyskując sponsorów i ofiarodawców
- pozyskując wolontariuszy
- uczestnicząc w akcji pozyskiwania 1% podatku
- pozyskując lub przekazując pomoc rzeczową (np. fanty na loterię)
- pomagając przy organizacji imprez
- pomagając w naprawach i drobnych pracach remontowych
- promując działalność fundacji
- inne.....
- .....
- .....

**DEKLARACJA UCZESTNIKA/ OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA ZAJĘĆ**  
**(proszę wyraźnie zaznaczyć odpowiedź)**

1. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach hipoterapii. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o ryzyku związanym z uczestnictwem w hipoterapii.

2. Wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka przez Fundację Pomocy Młodzieży i Dzieciom Niepełnosprawnym „Hej, koniku!” z siedzibą w Warszawie przy ul. Wincentego 92 w celach związanych realizacją zajęć i przekazywanie tych danych podmiotom współfinansującym zajęcia.

3. Zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Fundacji o wszelkich zmianach w przekazanych danych osobowych.

4. Wyrażam zgodę na wykonywanie mojemu dziecku zdjęć i nagrań wideo podczas zajęć i wykorzystywanie ich w materiałach promocyjnych fundacji (foldery, ulotki, strona internetowa)      TAK                      NIE

.....  
(data)

.....  
(podpis/y)