



„HEJ, KONIKU!”
FUNDACJA POMOCY MŁODZIEŻY I DZIECIOM NIEPEŁNOSPRAWNYM
ul. Wincentego 92 03-291 Warszawa

.....
(pieczętka instytucji kwalifikującej)

KARTA KWALIFIKACYJNA NA ZAJĘCIA HIPOTERAPII (wypełnia lekarz specjalista odpowiedni dla schorzenia)

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia..... Waga..... Wzrost.....

Adres.....

ROZPOZNANIE.....

.....

.....

PRZYCZYNA.....

.....

.....

POCZĄTEK CHOROBY.....

.....

PODSTAWOWE DEFICYTY (właściwe podkreślić):

upośledzenie fizyczne upośledzenie umysłowe zaburzenia emocjonalne zaburzenia kontaktu

Wskazania do hipoterapii, szczegółowe zalecenia i ograniczenia:

.....

.....

.....

.....

Przeciwwskazania do udziału w hipoterapii:

nie stwierdzam

stwierdzam

uwagi

.....

.....

dnia.....

.....

/pieczętka i podpis lekarza/