Konary, …………………………………

**Formularz zgłoszeniowy na warsztaty konne organizowane przez Zakład Aktywności Zawodowej Bonifraterskiej Fundacji Dobroczynnej w Konarach**

**Dane personalne uczestnika warsztatu**

1. Imię i nazwisko Uczestnika: ……………………………………………………………………………………………………..
2. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………..
3. Numer PESEl.: …………………………………………………………………………………………………………………………
4. Telefon kontaktowy: ……………………………………………………………………………………………………………….
5. Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………..

**Termin udziału w warsztacie konnym. Proszę zakreślić właściwy termin.**

1. Turnus 1: **12.02.2024 - 16.02.2024**
2. Turnus 2: **19.02.2024 - 23.02.2024**

**Informacja o rodzicach/ opiekunach osoby niepełnoletniej**

1. Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………………………………….
2. Adres zamieszkania: ………………………………………………………………………………………………………………..
3. Numer Pesel: …………………………………………………………………………………………………………………………..
4. Seria numer dowodu osobistego: ……………………………………………………………………………………………
5. Telefon kontaktowy: ……………………………………………………………………………………………………………….
6. Adres e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………..

**Dane osób upoważnionych do odbioru dziecka z półkolonii (nie dotyczy rodziców i opiekunów):**

1. Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………………
2. Seria i numer dowodu osobistego: …………………………………………………………………………………………

**Ankieta zdrowia Uczestnika Warsztatu. Proszę zakreślić prawidłową odpowiedź.**

1. Czy dziecko choruje przewlekle?

TAK NIE

Jeżeli tak to proszę podać na co ………………………………………………………………………………………………………….

1. Czy dziecko ma alergię?

TAK NIE

Jeżeli tak to proszę podać na co np. ALERGIA NA UGRYZIENIA OWADÓW

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Czy dziecko na stale zażywa leki?

TAK NIE

Jeżeli tak to proszę podać jakie: ……………………………………………………………………………………………..

1. Czy dziecko ma jakieś zalecenia lekarskie? (np. noszenie okularów korekcyjnych, aparatu ortopedycznego itd.)

TAK NIE

Jeżeli tak to proszę podać jakie: ……………………………………………………………………………………………..

1. Czy dziecko ma jakieś zalecenia lub przeciwskazania pokarmowe?

TAK NIE

Jeżeli tak to proszę podać jakie: ……………………………………………………………………………………………..

1. Inne i dodatkowe informacje o uczestniku/dziecku:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Umiejętności Uczestnika warsztatu konnego (zakreśl właściwą odpowiedź):**

**Jazda konna**

Początkujący (stęp, kłus)

Średni (stęp, kłus, początki galopu)

Średnio- zaawansowany (stęp, kłus, galop,pokonywanie drążków, początki skoków przez przeszkody)

Zaawansowany (stęp, kłus, galop, skoki przez przeszkody)

**Oporządzenie i czyszczenie konia**

Brak

Słabe (konieczna pomoc w czyszczeniu i siodłaniu)

Dobre (samodzielne czyszczenie i siodłanie konia pod nadzorem)

Bardzo dobre (samodzielne czyszczenie i siodłanie konia)

……………………………………………………………….

Podpis osoby zgłaszającej