



KARTA HIPOTERAPEUTYCZNA OŚRODKA HIPOTERAPEUTYCZNEGO KAPIRIS

Imię, Nazwisko

Data urodzenia

Adres zamieszkania.....

Numer kontaktowy (email).....

Diagnoza medyczna

.....
.....

Diagnoza psychologiczna

.....
.....

Główny problem waszego dziecka (zdanie rodziców)

.....
.....
.....

Czy wcześniej pacjent uczestniczył w zajęciach hipoterapii? (gdzie?, jak długo?)

.....
.....

Data rozpoczęcia zajęć w Ośrodku Hipoterapeutycznym Kapiris.....

Skąd państwo uzyskaliście informacje o naszym ośrodku?

.....
.....

Skąd państwo uzyskaliście informacje o hipoterapii?

.....
.....

Jakie macie państwo oczekiwania wobec hipoterapii?

.....
.....
.....
.....

Z jakich innych form terapii korzysta pacjent?

.....
.....
.....

www.kapiris.pl

tel. 510 218 806

e-mail info@kapiris.pl

NIP 969-069-37-63



Dane do faktury (wystawiana na życzenie klienta)

.....
.....
.....

Jeżeli to możliwe, to proszę dołączyć kopie diagnozy medycznej i psychologicznej.

.....
podpis rodziców/opiekunów prawnych

Zgoda na publikację wizerunku dziecka

Czy wyrażacie państwo zgodę na umieszczenie zdjęć dziecka z hipoterapii na stronie Ośrodka oraz na FB Ośrodka?

Tak, wyrażam zgodę.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)

Nie, nie wyrażam zgody.....
(podpis rodziców/opiekunów prawnych)