**MIEJSCE NA ZDJĘCIE DZIECKA**

**Formularz zgłoszeniowy na delfinoterapię z Fundacją „Dobra Wioska”**

***DANE OGÓLNE***

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko dziecka:** |  |
| **Data urodzenia:** |  |
| **Dane rodziców:** |  |
| **Adres domowy:** |  |
| **Telefon:** |  |
| **e-mail:** |  |

***DANE DOTYCZĄCE DZIECKA***

|  |  |
| --- | --- |
| **Pełnych lat:** |  |
| **Język ojczysty:** |  |
| **Skład rodziny:** |  |
| **Podstawowa diagnoza:** |  |
| **Diagnoza towarzysząca:** |  |
| **Terapie, przeprowadzone leczenie, jego skuteczność:** |  |
| **Przyjmowane leki:** |  |
| **Wzrost:** |  |
| **Waga:** |  |
| **Aktualny stan zdrowia:** |  |
| **Do jakiej placówki przed/szkolnej uczęszcza:** |  |
| **Lekarz prowadzący:** |  |

***DODATKOWE DANE DOTYCZĄCE DZIECKA***

|  |  |
| --- | --- |
| **Czy lubi zwierzęta, jakie:** |  |
| **Czy lubi przebywać w wodzie:** |  |
| **Doświadczenia ze zwierzętami:** |  |
| **Doświadczenia w kontakcie z wodą:** |  |
| **Czy boi się wody:** |  |
| **Czy mógłby pływać w kamizelce ochronnej (stroju specjalistycznym):** |  |
| **Czy wcześniej odbywał delfinoterapię (kiedy i gdzie), skuteczność:** |  |

***STAN FIZYCZNY***

|  |  |
| --- | --- |
| **Trzymanie głowy:** |  |
| **Trzymanie przedmiotów:** |  |
| **Przełykanie:** |  |
| **Ślinienie:** |  |
| **Samodzielne chodzenie:** |  |
| **Czy porusza się w wózku inwalidzkim (proszę podać przybliżoną wagę, szerokość siedzenia, wysokość w celu zgłoszenia do wylotu):** |  |
| **Zaburzenia wzroku:** |  |
| **Zaburzenia słuchu:** |  |
| **Schorzenia zakaźne:** |  |
| **Nadpobudliwość:** |  |
| **Aktywność epileptyczna, od urodzenia, w ostatnim półroczu:** |  |

***NAWYKI***

|  |  |
| --- | --- |
| **Utrzymywanie kontaktu wzrokowego** |  |
| **Mowa:** |  |
| **Czy umie naśladować dźwięki:** |  |
| **Czy umie układać wyrazy w zdanie:** |  |
| **Spontaniczność mowy:** |  |
| **Czy reaguje na własne imię:** |  |
| **Czy umie wykonać proste polecenia:** |  |
| **Czy rozpoznaje miejsce gdzie się znajduje:** |  |
| **Zachowania społeczne, sfera emocjonalna:** |  |
| **Czy umie kontaktować się z innymi ludźmi (mówi, śmieje się):** |  |
| **Czy umie pozostawać bez rodziców:** |  |
| **Jak reaguje na zmiany w otoczeniu:** |  |
| **Zwyczajne zachowanie:** |  |
| **Agresja w stosunku do innych ludzi:** |  |
| **Agresja w stosunku do siebie (bicie, gryzienie):** |  |
| **Napady złości i rozdrażnienia:** |  |
| **Stosunki z rodzeństwem:** |  |
| **Stosunki z rodzicami:** |  |
| **Rodzaje autostymulacji (dla osób z autyzmem)** |  |
| **Zaburzenia integracji sensorycznej (rodzaj)** |  |
| **Podstawowe zadanie dotyczące delfinoterapii:** |  |
| **Wybór delfinarium (Turcja - Kusadasi, Alanya; Ukraina - Kijów, Odessa, Meksyk – Cancun ):** |  |
| **Proponowana data rozpoczęcia turnusu delfinoterapii:** |  |
| **Skąd Państwo dowiedzieliście się o naszej ofercie (media, internet, od znajomych, inne)**  |  |
| **Preferowane miasto wylotu:** |  |
| **Uwagi szczególne (zapotrzebowanie na asystę na lotnisku):** |  |
| **Dane osób, które będą jechać (imię, nazwisko, data urodzenia):** |  |
| **Od 25 maja 2018 roku obowiązują nowe zasady ochrony danych osobowych - Rozporządzenie Ogólne o Ochronie Danych – RODO.RODO to przede wszystkim szereg nowych praw przysługujących z tytułu przetwarzania danych osobowych.Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Fundacja "Dobra Wioska", ul. Matuszewska 20, 03-876 Warszawa ;Kontakt w sprawie ochrony danych w Fundacji "Dobra Wioska" można uzyskać pod adresem e – mail: biuro@dobrawioska.pl , tel.+48 504077358 .Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu:- przygotowania odpowiedzi na zapytanie na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a (udzielona przez Państwo zgoda) lub f (prawnie uzasadniony interes administratora danych - marketing bezpośredni własnych produktów lub usług) w/w Rozporządzenia.- przekazania informacji marketingowych za pomocą środków komunikacji telefonicznej, elektronicznej i programów automatyzujących na podstawie ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną i w zw. z art. 172 ust. 1 ustawy z dnia 16 lipca 2004 r. prawa telekomunikacyjnego (zgoda alternatywna) na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a Rozporządzenia.Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny do przygotowania i przedstawienia odpowiedzi na zapytanie oraz do czasu cofnięcia przez Panią/Pana wyrażonej zgody na otrzymywanie informacji marketingowych.Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Realizację wszystkich powyższych praw można zrealizować poprzez wniosek złożony pod adresem e – mail: biuro@dobrawioska.pl,Ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych , gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy Rozporządzenia.** |  |
| **Formularz wypełnił:** |  |
| **Data:** |  |