Zasady udziału rodzica/opiekuna wraz z dzieckiem, w sesjach rozwoju osobistego w obecności koni

www.i-hipoterapia.pl

.....
(imię i nazwisko dziecka zgłaszanego na zajęcia)

1. Terapeuta oraz uczestnicy zajęć zobowiązani są do przestrzegania obowiązujących w danym miejscu regulaminów ogólnych oraz szczegółowych (Kanony Polskiej Hipoterapii, Kodeks Postępowania z Koniem, Regulamin Stajni).
2. Terapeuta informuje rodziców/opiekunów dziecka o typie wskazań i przeciwwskazań, rodzaju świadczonych usług, o prawach i obowiązkach każdej ze stron, swojej dyspozycyjności oraz wysokości honorarium.
3. Projekt zajęć i jego cele są wypadkową przedstawionej prośby i zastosowanych do indywidualnych potrzeb modyfikacji - priorytetem pracy jest kontakt i komunikacja.
(w czasie zajęć nie wsiadamy na konie)
4. Terapeuta zobowiązany jest do dokładnego przedstawienia pełnionej roli, przygotowania zawodowego.
5. Zajęcia prowadzone są według, wspólnie z rodzicami/opiekunami, ustalonego miesięcznego planu, obejmującego zajęcia z końmi oraz konsultacje stacjonarne.
6. Płatności dokonywane są bezzwrotnie za cały miesiąc z góry (do 5 dnia każdego miesiąca) na konto Systemowe Wspieranie Rozwoju "Kropla":
mBIZNES konto: 5411 4020 04 0000 3002 4821 7444
7. W razie odwołania zajęć przez terapeutę, przysługuje zwrot wpłaconej kwoty, proporcjonalnie, do liczby niezrealizowanych sesji.
8. Terapeuta ma prawo, za zgodą rodziców/opiekunów, włączyć do zespołu wolontariuszy, praktykantów, studentów oraz przybliżać im założenia realizowanych zajęć.

Zgoda Rodziców/Opiekunów na udział dziecka w zajęciach wspomagających rozwój kompetencji komunikacyjnych przez kontakt z koniem.

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w zajęciach oraz zdaję sobie sprawę z ryzyka związanego z obcowaniem z końmi, z wykonywaniem czynności pielęgnacyjnych przy koniu oraz następstw nieszczęśliwych wypadków z tym związanych.
Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka zezwala na przebywanie w stajni, na bezpośredni kontakt z koniem oraz oświadczam, że nie istnieją inne, szczególne, bez/względne przeciwwskazania lekarskie (epilepsja, alergia, astma, ...)

Biorę udział w sesjach rozwoju osobistego w obecności koni na własną odpowiedzialność:

.....
(data i podpis rodzica / opiekuna)

.....
(data i podpis rodzica / opiekuna)

adres e-mail do korespondencji: .....