

**ZGŁOSZENIE NA SZKOLENIE JAZDY KONNEJ  
W STADNINIE KONI FERENSTEINÓW**

*Prosimy o wypełnienie literami drukowanymi*

**O wypełnieniu części A prosimy Rodziców**

**I. Dane osobowe uczestnika kursu:**

Imię i nazwisko dziecka:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Pesel dziecka:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon/ fax:.....

Adres i telefon ( również komórkowy ) rodziców w czasie pobytu dziecka na kursie :.....

.....

E – mail:.....

Staż jazdy konnej i stopień zaawansowania – stęp, kłus, galop, skoki, ujeżdżenie \*

(lub wpisać początkujący):.....

Zgłaszam na kurs własnego konia \* TAK NIE

jeżeli tak: imię konia.....

wiek konia.....

pleć konia.....

wymagane jest zaświadczenie weterynaryjne o stanie zdrowia konia

Dodatkowe informacje i życzenia.....

Wybrany termin kursu:.....

**II. Informacja rodziców ( opiekunów ) o stanie zdrowia dziecka:**

Dolegliwości i objawy, które mogą wystąpić u dziecka \*: omdlenia, drgawki z utratą przytomności, częste bóle głowy, zaburzenia równowagi, częste wymioty, krwotoki z nosa, ataki duszności, przewlekły kaszel, szybkie męczenie się, częste bóle brzucha, bóle stawów, lęki nocne, moczenie nocne,  
inne:.....

Przebyte choroby ( podać , w którym roku ) \*: żółtaczka zakaźna, dur brzuszny, błonica, inne choroby zakaźne, zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie ucha, częste anginy, cukrzyca, padaczka,  
inne choroby:.....

W ostatnim roku dziecko było w szpitalu \* TAK NIE

jeżeli tak podać powód:.....

Na jakie pokarmy i leki dziecko jest uczulone:.....

Czy dziecko otrzymało surowicę ( jaką i kiedy ? ) .....

Dziecko znosi jazdę samochodem \* DOBRZE ŻLE

Inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:.....

Grupa krwi dziecka:.....

Seria i numer książeczki zdrowia (rodzinnej):.....

**III. Oświadczenie rodziców:**

Po przeczytaniu i przyjęciu do wiadomości informacji zawartych w części A „Zgłoszenia na szkolenie jazdy konnej” akceptuję w/w warunki i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w szkolenie jazdy konnej w terminie:

.....

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( podpis rodzica lub prawnego opiekuna )

**CZEŚĆ „B” – wypełnia lekarz medycyny**

**IV. Opinia lekarza:**

Po zbadaniu dziecka stwierdzam:

- dziecko może być uczestnikiem wybranego kursu konnego    TAK    NIE
- wskazania i przeciwwskazania:.....

.....

.....  
( miejscowość i data )

.....  
( podpis i pieczęć lekarza )

***Prosimy o odesłanie czytelnie wypełnionych części „A” i „B” na adres:***

**STADNINA KONI FERENSTEINOW  
GAŁKOWO 45 ,12-220 RUCIANE-NIDA**

---

---

**Wanda Ferenstein**  
TEL: 723 336 779  
E-MAIL: [wanda.fernstein@wp.pl](mailto:wanda.fernstein@wp.pl)

**Tomasz Godek**  
TEL: 660 792 734  
E-MAIL: [stadninagalkowo@kfgroup.pl](mailto:stadninagalkowo@kfgroup.pl)