

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

Prosimy o wypełnienie literami drukowanymi

Części A

I. Dane osobowe uczestnika kursu:

Imię i nazwisko:.....

Data i miejsce urodzenia:.....

Pesel:.....

Adres zamieszkania:.....

Telefon/ fax:.....

Adres i telefon:

.....

.....

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 o stanie zdrowia:

Dolegliwości i objawy, które mogą wystąpić *:

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) *:

żółtaczką zakaźną, dur brzuszny, błonica, inne choroby zakaźne, zapalenie nerek, zapalenie wyrostka robaczkowego, zapalenie ucha, częste anginy, cukrzyca, padaczka,

inne choroby:.....

W ostatnim roku pobyt w szpitalu * TAK NIE

jeżeli tak podać powód:.....

Na jakie pokarmy i leki uczestnik jest uczulony:

.....

Czy uczestnik otrzymywał surowicę (jaką i kiedy ?)

.....

Inne uwagi o stanie zdrowia :

Grupa krwi :

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 w szkoleniu jazdy konnej w terminie:

.....

.....
(miejscowość i data)

.....
(podpis)

CZEŚĆ „B” – wypełnia lekarz medycyny

IV. Opinia lekarza:

Po zbadaniu stwierdzam:

- 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.ferenstein@wp.pl

Tomasz Godek
TEL: 660 792 734
E-MAIL: stadninagalkowo@kfgroup.pl