



WOJEWÓDZTWO
KUJAWSKO-POMORSKIE



SKIEROWANIE NA HIPOTERAPIĘ

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....

Adres.....

1. klasyfikuje / czasowo klasyfikuje* się na zajęcia hipoterapeutyczne z rozpoznaniem:

.....
.....

* - niepotrzebne skreślić

2. zalecenia ćwiczeń:

rozluźniające wzmacniające równoważne koordynacji ruchu

inne

.....

3. termin następnej wizyty: za pół roku , za rok , inny

4. uwagi (np. konsultacja innego specjalisty)

.....

.....

.....

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęć lekarza)

„Koń i ja razem idziemy przez świat. Zajęcia hipoterapii i terapeutycznej jazdy konnej dla osób niepełnosprawnych z województwa kujawsko-pomorskiego. Edycja II”

– projekt współfinansowany przez województwo kujawsko - pomorskie ze środków PFRON