

### SKIEROWANIE NA HIPOTERAPIĘ

Imię i nazwisko .....

Data urodzenia .....

Wzrost ..... Waga .....

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)