

COMPOSIÇÃO DA EQUIPE INTERDISCIPLINAR

Nome do Centro: _____

Nome do responsável: _____

MÉDICO (consultor/orientador)

Nome: _____ CRM: _____

Especialidade: _____ Assinatura: _____

Tem certificado de Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? () Sim () Não

FISIOTERAPEUTA (obrigatório)

Nome: _____ CREFITO: _____

Tem certificado de Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? () Sim () Não

Local: _____ Ano: _____

Assinatura: _____

PSICÓLOGO (obrigatório)

Nome: _____ CRP: _____

Tem certificado de Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? () Sim () Não

Local: _____ Ano: _____

Assinatura: _____

PROFISSIONAL DE EQUITACÃO EM EQUOTERAPIA (obrigatório)

Nome: _____

Tem certificado do Curso de Equitação para Equoterapia da ANDE-BRASIL? () Sim () Não

Tem Certificado de Habilitação de Profissional de Equitação para Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? () Sim () Não

Possui o curso de Equitação da Escola de Equitação do Exército - EsEqEx? () Sim () Não

Ano: _____ Nível: _____

Assinatura: _____

PEDAGOGO

Nome: _____ REGISTRO: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? ()Sim ()Não

Local: _____ Ano: _____

Assinatura: _____

FONOAUDIÓLOGO

Nome: _____ CRFa: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? ()Sim ()Não

Local: _____ Ano: _____

Assinatura: _____

TERAPEUTA OCUPACIONAL

Nome: _____ COFFITO: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? ()Sim ()Não

Local: _____ Ano: _____

Assinatura: _____

EDUCADOR FÍSICO

Nome: _____ CONFEF/CREFs: _____

Tem Curso Básico de Equoterapia reconhecido pela ANDE-BRASIL? ()Sim ()Não

Local: _____ Ano: _____

Assinatura: _____

OBSERVAÇÃO

**Todos os integrantes da equipe deverão estar relacionados em ficha com os dados de cada um e assinatura.
Para os demais integrantes, preencher todos os dados seguindo o modelo acima.**