



**ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE EQUOTERAPIA  
ANDE-BRASIL  
CENTRO BÁSICO DE EQUOTERAPIA "GEN. CARRACHO"  
CBEGC-DF**

**FICHA CADASTRAL DO PRATICANTE**

foto

**PRATICANTE:**

Nome do Praticante: \_\_\_\_\_

Data do Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Pai: \_\_\_\_\_

End. Residência: \_\_\_\_\_

Tel(01): \_\_\_\_\_ Tel(02): \_\_\_\_\_

End. Trabalho: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

End. Residência: \_\_\_\_\_

Tel(01): \_\_\_\_\_ Tel(02): \_\_\_\_\_

End. Trabalho: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

**CORRESPONDÊNCIA:**

Destinatário: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

**RESPONSÁVEL PELO PRATICANTE:**

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

**ACOMPANHANTE NAS SESSÕES DE EQUOTERAPIA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Grau de relacionamento com o praticante: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Responsável pelas informações:

**ESPAÇO DESTINADO AO CENTRO BÁSICO DE EQUOTERAPIA "GEN. CARRACHO"**

- Entrevista inicial e inclusão na lista de espera: \_\_\_\_\_
- A vinda para o CBEGC-DF foi por:  
Indicação de profissional: ( ) Indicação de Instituição: ( ) Iniciativa da Família: ( )
- Início das atividades: \_\_\_\_\_ Interrupção das atividades: \_\_\_\_\_
- Observações: