



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

**AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR**

Prezado Dr.(a)

**O praticante de Equoterapia \_\_\_\_\_  
submeteu-se a uma série de avaliações para participar do programa de Equoterapia,  
conforme as normas vigentes.**

Nas avaliações, apresentou os seguintes sinais e dados relevantes:

---

---

---

---

---

Por tal motivo solicito seu parecer:

Neurológico

Fisioterápico

Psiquiátrico

Outros ( especificar): \_\_\_\_\_

Psicopedagógico

Caso exista alguma restrição, favor indicar a conduta a ser tomada para orientação do referido praticante.

Brasília, de de .

\_\_\_\_\_  
(Identificação do solicitante)