



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

PLANEJAMENTO INDIVIDUAL

PRATICANTE : _____ **D. N. :** _____

TEMPO DE EQUOTERAPIA : _____ **TURMA :** _____

CARACTERÍSTICAS / DIAGNÓSTICO: _____

OBJETIVOS:

ESTRATÉGIAS :

CUIDADOS ESPECIAIS :

Brasília, _____ de _____ de _____.

Terapeuta: _____