

FICHA DE INFORMAÇÕES GERAIS

Nome do Centro: _____

Nome do responsável: _____

Endereço para correspondência: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

Telefone(s): () _____ Fax: () _____

E-mail: _____

Endereço do Centro de Equoterapia: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CEP: _____

E-mail: _____

Data de início das atividades equoterápicas:

Centro particular ou ligado a algum órgão / instituição? Qual ?

Número de voluntários que prestam serviço no Centro:

Recebe apoio de instituição pública ou privada? Qual?

Mantém convênio formal com alguma entidade? Qual?

Horário de funcionamento semanal:

Se for o caso, qual o valor cobrado por sessão?

PRATICANTES

Número de praticantes: _____

Praticantes com atendimento gratuito: _____

Número de praticantes por faixa etária

02 a 07 anos: _____

08 a 12 anos: _____ 13 a 20 anos: _____

21 a 35 anos: _____

36 a 65 anos: _____ Acima de 65 anos: _____

Programas Básicos de Equoterapia executados pelo Centro:

Hipoterapia () Educação/Reeducação () Pré-esportivo ()

Prática Esportiva Adaptada ()

Outro(s):: _____

Patologias atendidas / Quantidade

_____/_____
_____/_____
_____/_____
_____/_____
_____/_____
_____/_____
_____/_____

INSTALAÇÕES

Dimensões do terreno ocupado pelo Centro: _____ X _____ m

Locais para a prática da Equoterapia / Dimensões

Picadeiro coberto e fechado	S ()	N ()	_____m	X	_____ m
Picadeiro coberto e aberto	S ()	N ()	_____m	X	_____ m
Pista de areia	S ()	N ()	_____m	X	_____ m
Pista de grama	S ()	N ()	_____m	X	_____ m
Redondel	S ()	N ()	Diâmetro:		_____ m

Outra: _____

Outras informações:

Local e data:

Assinatura:

Nome: