

## COMPOSIÇÃO DA EQUIPE MÍNIMA

(Preenchimento obrigatório)

Nome do Centro: \_\_\_\_\_

### **FISIOTERAPEUTA**

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

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

Local do curso/ Ano: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **PSICÓLOGO**

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

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

Local do curso/ Ano: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **PROFISSIONAL DE EQUITACÃO EM EQUOTERAPIA**

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: \_\_\_\_\_