

OUTROS INTEGRANTES DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

MÉDICO (consultor/orientador)

Nome: _____

CRM:

Especialidade: _____ Assinatura: _____

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

Local do curso/ Ano: _____

FONOAUDIÓLOGO

Nome: _____ CRFa: _____

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

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

PEDAGOGO

Nome: _____

Registro: _____

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

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

EDUCADOR FÍSICO

Nome: _____

CONFEE/CREFs: _____

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

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____

OUTRO PROFISSIONAL:

Formação: _____ Registro: _____

Nome: _____

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

Local do curso/ Ano: _____

Assinatura: _____