

TERMO DE ACEITE

Eu, _____
(nome completo do responsável), portador do CPF nº _____,
declaro estar ciente das Normas de Funcionamento e Filiação/Agregação de Centros de Equoterapia das quais destacamos:

- Todos os praticantes do centro de Equoterapia têm de ser avaliados e encaminhados por médico credenciado, que faça parte da equipe do centro ou médico da comunidade.
- O Centro deve possuir a equipe mínima obrigatória composta por: fisioterapeuta, psicólogo e profissional de equitação. Caso um dos profissionais descritos nesta documentação deixe de fazer parte da equipe, deverá ser substituído imediatamente e comunicado à ANDE-BRASIL.
- Após um ano de filiação do centro, faz-se necessário a renovação, devendo esta ser solicitada por intermédio do preenchimento da ficha com a composição da equipe, assinada pelos profissionais do Centro e a ficha de informações gerais e, também, o pagamento da anuidade.

Estou de pleno acordo com as Normas de Funcionamento e Filiação/Agregação de Centros de Equoterapia e, portanto, comprometo-me a cumpri-las e a fazer com que os integrantes do referido Centro também as cumpram.

A ANDE-BRASIL reserva-se o direito de suspender a filiação em caso de não cumprimento destas.

Assinatura do responsável

Data: