

PROCESSO SELETIVO PROJETO EQUOTERAPIA

FICHA CADASTRAL



Nome do praticante:

Data do Nascimento: ____/____/____ Idade: _____ Sexo:

Naturalidade: _____

FILIAÇÃO

Nome da mãe:

End. Residência: _____ CEP: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Profissão: _____ Telefone trabalho: _____

E-mail:

Nome do pai:

Telefone: _____ Celular: _____

Profissão: _____ Telefone trabalho: _____

E-mail:

ACOMPANHANTE NAS SESSÕES DE EQUOTERAPIA:

Nome: _____ Tel: _____

INFORMAÇÕES GERAIS DO PRATICANTE:

Tipo de deficiência apresentada:

() física () visual () auditiva () intelectual () psicossocial ()

deficiência múltipla

Possui liberação ou indicação médica para à Equoterapia? () sim () não

Nome do médico (incluir encaminhamento médico como anexo):

Participa de outros tipos de tratamentos? Quais: () fisioterapia () hidroterapia
() fonoaudiologia () psicologia () psiquiatria. Outros, quais:

Piracicaba, ____ de novembro de 2022.

_____ (assinatura / CPF)