

## **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)