



ANEXO 3

EQUIDAD TERAPIAS ECUESTRES

FICHA DE INSCRIPCIÓN ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS ECUESTRES

Nombre y Apellidos:			
Edad:	Sexo:	Talla:	Peso:
Dirección: Calle:		Nº:	Piso:
Ciudad:	Provincia:		
Teléfono:	Móvil:		
E-mail:			
Afección:	Grado:	Minusvalía:	
DNI / NIF:			

Nombre y Apellidos:			
Relación con el usuario:			
Dirección: Calle:		Nº:	Piso:
Ciudad:	Provincia:		
Teléfono:	Móvil:		
E-mail:			

Médico habitual: Especialidad:		
Dirección:	Ciudad:	Tel.:
¿Padece alguna alergia?	¿A qué?	
¿Está vacunado contra el Tétanos?		
¿Tiene algún animal de compañía en casa?	¿Cual?	

En Villena, a de de 2016

Firma del Tutor/a

Sello del Centro