**ANEXO 6**

**EQUIDAD TERAPIAS ECUESTRES**

**AUTORIZACIÓN MÉDICA**

**(El médico habitual o el especialista que le trate debe rellenar el siguiente recuadro)**

Nombre del Doctor: .................................................................... N º Coleg...............................

Teléfonos: ..........................................................

**CERTIFICA:**

Que la discapacidad del alumno/a………………………………………………………………….

no le imposibilita para la práctica de Hipoterapia o de Equitación Terapéutica, siempre y cuando

se siga la programación y los consejos dados anteriormente por los profesionales.

En Villena, a de de 2016