



ASOCIACIÓN EQUITACIÓN POSITIVA

Escuela de Terapias Ecuestres "Ciudad de Oviedo"



Fecha de solicitud: _____

Nº de Socio

Fecha de Comienzo en el Programa: _____

• Datos personales:

- Nombre y Apellidos: _____
- Edad: _____ Fecha y lugar de nacimiento: _____
- Domicilio: _____ CP: _____
- Localidad: _____ DNI: _____
- Teléfono principal _____ E-mail principal: _____
- Diagnóstico: _____

• Datos familiares:

PADRE:

- Nombre y Apellidos: _____
- Edad: _____ Profesión: _____
- Teléfono: _____ E-mail: _____

MADRE:

- Nombre y Apellidos: _____
- Edad: _____ Profesión: _____
- Teléfono: _____ E-mail: _____

• Datos de interés:

- ¿Tiene hermanos? ¿Cuántos? ¿De qué edades? _____
- Aspectos a tener en cuenta: le gusta, le molesta, manías,... _____
- ¿Alergias?: _____
- ¿Crisis epilépticas? _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Centro Educativo u Ocupacional al que acude: _____
- ¿Toma medicación? _____ ¿Cuál? _____
- Otras terapias, profesionales a los que acude o actividades que realiza: _____



Don / Doña: _____

con D.N.I.: _____, como padre / madre / tutor legal

de _____

AUTORIZO LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA TERAPÉUTICO

Autorizo la participación de _____ en el programa de Terapia Asistida con Caballos de la Asociación Equitación Positiva desarrolla y hago constar que soy conocedor y acepto la normativa existente para la participación en dicho programa.

Fdo:

AUTORIZO LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES

- La utilización de las imágenes y datos de las sesiones de terapias ecuestres que se desarrollan en la Escuela de Terapias Ecuestres Ciudad de Oviedo con fines divulgativos en foros científicos, educativos, conferencias, cursos y congresos.
- La utilización de imágenes en los medios de comunicación que la Asociación Equitación Positiva considere oportuno, para exponer o divulgar la labor social que desarrolla.
- La utilización de imágenes y datos en los medios de comunicación, para el desarrollo de cualquier proyecto de investigación que se desarrolle en este campo de las TACA (Terapias Asistidas con Animales).
- Los datos y las imágenes nunca serán con fines comerciales o de lucro propio.

Fdo:

En base a la autorización expuesta con anterioridad, renuncio a cualquier reclamación relacionada con las utilizations de imágenes y datos relacionados con el programa de la Terapia Ecuestre.

En _____ a _____ de _____ de 2017

Dr. _____

Nº Colegiado: _____

Teléfonos: _____

CERTIFICA:

Que la discapacidad que afecta a:

D. _____, no le imposibilita para participar en el programa de Terapia Asistida con Caballos, que la **Asociación Equitación Positiva**, lleva a cabo en la actualidad en el Centro Ecuestre El Asturcón. Nº. Registro Sanitario: C3/4718

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma

Para quien conste y donde convenga.



IMPRESO DE MATRÍCULA CURSO 2017 / 2018

Nombre del Usuario:

Fecha de Nacimiento: Teléfono de contacto:

Deseo formalizar la inscripción en el **Programa de Terapia Asistida con Caballos** que la Asociación Equitación Positiva lleva a cabo en el Centro Ecuestre El Asturcón, Oviedo.

De la misma manera, y asumiendo que el horario se adjudica según criterios de la organización, ruego tengan en cuenta que mi preferencia:

- Una sesión semanal Dos sesiones semanales
 Manteniendo horario del curso anterior En horario:

A continuación responda a las siguientes cuestiones:

- 1- ¿Le llega habitualmente la correspondencia que enviamos por correo? SI NO
 - 2- ¿Le gustaría participar como familiar en otras actividades que organizase la organización como talleres para familias, risoterapia, talleres de relajación,...? SI NO
 - 3- ¿En qué actividades estaría interesado/a?
 - 4- En caso de realizar talleres de ese tipo ¿con qué periodicidad acudiría?
 - 5- ¿Sabe que contamos con un equipo de psicólogos que prestan atención a las familias tanto para orientarlas como para realizar psicoterapia individual? SI NO
 - 6- Además de acudir a nuestras instalaciones para recibir sesiones de Terapia Ecuestre, también puede solicitar sesiones a parte de fisioterapia, logopedia, apoyo en el estudio,... de esa manera centralizaría en un mismo lugar las diferentes terapias y actividades a las que acude regularmente. ¿Era conocedor/a de esta información? SI NO
 - 7- ¿Acude regularmente a las Asambleas que convoca la Asociación? SI NO
 - 8- Sugerencias:
-
-