

Registro Diário das Sessões Equoterápicas

1) Dados de Identificação:

Nome: <u>Cecília Vitória G. Oliveira</u>	Data nascimento:
Sexo: () masculino (x) feminino	Idade Atual:
Telefone contato:	
Cuidador: () pai () mãe (x) outro Nome: <u>Maria Alice de Oliveira</u>	
Diagnóstico Clínico: <u>TDAH</u>	Há quanto tempo: <u>1 ano</u>
Programa De Equoterapia: <u>Hipoterapia</u>	Horário de atendimento: <u>15:00h / Terça</u>

Data: ____/____/____	
Mediador (es): _____	
Condutor: _____	
Cavalo: _____	
Encaminhamento: ____/____/____	
Mediador (es): _____	
Condutor: _____	
Cavalo: _____	
Encaminhamento: ____/____/____	
Mediador (es): _____	
Condutor: _____	
Cavalo: _____	
Encaminhamento: ____/____/____	
Mediador (es): _____	