

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 \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma

Para quien conste y donde convenga.