



ESCUELA DE TERAPIAS ECUESTRES

FIGHA PERSONAL

FOTO

Fecha:	
--------	--

- Datos personales:

Nombre:	
Apellidos:	
Edad:	
Fecha de nacimiento:	
Lugar de nacimiento:	
Domicilio:	
Localidad:	
CP:	
DNI:	
Teléfono	
Móvil	
email:	

Diagnóstico:

- Datos padre / madre o tutores

Nombre / Apellidos:	
Teléfono / móvil:	
Email:	
Nombre / Apellidos:	
Teléfono / móvil:	
Email:	



DOCUMENTO DE UTILIZACIÓN DE IMÁGENES

Don / Doña	
Con DNI :	
Padre /madre /tutor de:	

AUTORIZO

- 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.

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

Por lo que firmo de conformidad en.

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo:



AUTORIZACIÓN PATERNA - ACTIVIDADES DE LAS ESCUELAS MUNICIPALES DE EQUITACIÓN

Escuela de Terapias Ecuestres Ciudad de Oviedo

Como padre / madre o tutor/a, AUTORIZA a su hijo/a cuyos datos figuran en la ficha personal, a realizar las actividades en las que el niño/a se matricula durante este curso.

NOTA: será imprescindible presentar debidamente cumplimentada y aportar toda la documentación requerida, cualquier tipo de deficiencia, podrá significar la anulación sistemática de la plaza del alumno/a. El personal técnico de la escuela podrá decidir y establecer nuevos horarios bajo criterio terapéutico. El incumplimiento de las normas así como la acumulación de faltas leves, producirán su baja en la escuela de terapias ecuestres, dando lugar a la incorporación inmediata del primer inscrito en la lista de espera.

Don / Doña	
Con DNI :	
Padre /madre /tutor de:	

AUTORIZO

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

Por lo que firmo de conformidad en.

_____ a _____ de _____ de _____

Fdo: