

*Logo del centro*

**FORMULARIO N° PARA INGRESO A LA EQUINOTERAPIA**  
**AUTORIZACION PARA LA MONTA SIN CASCO**  
**(se debe renovar anualmente )**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_, en mi calidad de  
\_\_\_\_\_ (padre, madre o tutor), por la presente de  
constancia que, comprendiendo el riesgo que conlleva, autorizo a  
\_\_\_\_\_, C.I.  
\_\_\_\_\_, a realizar la monta sin utilizar casco, entendiendo  
que el mismo representa un obstáculo para recibir adecuadamente los beneficios de la  
terapia.

Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

C.I: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Director/a Técnica del Centro  
Médico del Equipo Interdisciplinario del Centro

\_\_\_\_\_  
El Director del Centro

