



## CARTA RESPONSIVA

### AMAL DE EQUINOTERAPIA Y ECUESTRE

\_\_\_\_\_ nombre del padre o tutor \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ nombre de la madre o tutora \_\_\_\_\_ tutores del **PACIENTE** o **PARTICIPANTE** \_\_\_\_\_ nombre del paciente o participante \_\_\_\_\_, manifestamos que AMAL DE EQUINOTERAPIA Y ECUESTRE, a través del **EQUINOTERAPUTA** o **INSTRUCTOR**, nos ha dado a conocer los posibles riesgos que pueden ocurrir durante las sesiones de **EQUINOTERAPIA** o **EQUITACIÓN** en las instalaciones del programa, por lo que concientes de esta información otorgamos nuestro consentimiento para que \_\_\_\_\_ nombre del paciente o participante \_\_\_\_\_, participe en el programa de **EQUINOTERAPIA** o **EQUITACIÓN** en las instalaciones del mismo, y comprometiéndonos al pago de los gastos médicos en caso de un ACCIDENTE y deslindando de todo tipo de responsabilidad a AMAL DE EQUINOTERAPIA Y ECUESTRE, y al programa de **EQUINOTERAPIA** o **EQUITACIÓN**.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre de la madre o tutora

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha