FORMULARIO DE INSCRIPCION

**ESTUDIOS YÓGUICOS 2021**

**Diligencie el formulario de inscripción y envielo via correo electrónico a directora@satyanandayoga.co**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha: | FOTO |
| Curso al que se esta inscribiendo  \_\_ Estudios Yóguicos 1  \_\_ Estudios Yóguicos 2  \_\_ Estudios Yóguicos Profesores  \_\_ Retiro Yóguico |  |
|  | **OBLIGATORIO**  Incluir foto tipo documento |

INFORMACIÓN PERSONAL

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** |  |
| **Apellido** |  |
| **Sexo** |  |
| **Fecha de nacimiento** |  |
| **Nombre de iniciación** |  |
| **Tipo de iniciación** |  |
| **Cédula de ciudadanía (colombiano)** |  |
| **Pasaporte (extranjero)** |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA |  |
| **Dirección** |  |
| **Ciudad** |  |
| **Departamento** |  |
| **País** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Email** |  |
| **Idiomas** |  |
|  |  |
| **En emergencia avisar a:** |  |
| **Teléfono** |  |
| **Parentesco** |  |

ESTUDIOS Y OCUPACIÓN

|  |
| --- |
| **Estudios realizados** |
|  |
| **Actividad actual** |
|  |
| **¿Por qué quiere tomar este curso?** (50 palabras aprox.) |
|  |

PRÁCTICA DE YOGA

|  |
| --- |
| **Tipo de yoga** |
|  |
| **Tiempo de práctica** |
|  |
| **Lista de cursos de yoga tomados** (incluya fechas de cada curso) |
|  |

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL SOBRE SU SALUD

La información acerca de su salud se mantendrá en total reserva y no se compartirá con terceras personas.  
Será utilizada para atender sus necesidades en relación con las prácticas del yoga.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PADECIMIENTO** | | **SI** | | **NO** | | **PADECIMIENTO** | | | | **SI** | **NO** |
| Presión arterial baja | |  | |  | | Epilepsia | | | |  |  |
| Hernia | |  | |  | | Infarto | | | |  |  |
| Diabetes | |  | |  | | Dolores musculares | | | |  |  |
| Ulcera gastrointestinal | |  | |  | | Problemas cardíacos | | | |  |  |
| Alergias/sensibilidades | |  | |  | | Mareos | | | |  |  |
| Artritis | |  | |  | | Dificultades respiratorias | | | |  |  |
| Problemas de espalda | |  | |  | | Heridas importantes | | | |  |  |
| Dolor de articulaciones | |  | |  | |  | | | |  |  |
|  | |  | |  | |  | | | |  |  |
| **Alguna enfermedad crónica** | |  | |  | |  | | | |  |  |
| Explique: | | | | | | | | | | | | | |
| **Por favor especifique cualquier enfermedad adicional actual:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Discapacidad física o mental:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Operaciones recientes:** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Está embarazada?** | **Si** | |  | | **No** | |  | **Meses** |  | | | |
| **Medicamentos que toma actualmente y dosis** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **¿Alguna vez ha sido diagnosticado con alguna enfermedad psicológica o psiquiátrica?** (Explique) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Para uso oficial únicamente:** | | |
| Aplicación aprobada | |  |
| Si \_\_\_ | No \_\_\_ |
| Fecha: | |
| **Firma del aspirante** |  | | **Firma** |