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** |