**Formação Internacional em Yoga – Studio Integral SP**

**Ficha de Inscrição**

Favor enviar cópia preenchida para o e-mail contato@yogaintegral-formacaosp.com e aguardar as orientações de pagamento.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DADOS CADASTRAIS** |   |   |
| **Nome Completo:**  |
| **CPF: RG:** |
| **Data Nascimento: Estado Civil:** |
| **Endereço:** **Bairro: CEP:****Cidade: UF:** |
| **Telefones:**  |
| **E-mail:**  |
| **CURSO** |
| **( ) EXTENSIVO – Início em 12 de Outubro**Pagamento das mensalidades:9 x R$ 690,00 + Retiro ( ) 3 x R$ 2.553,00 ( ) À vista – R$ 7.659,00 ( ) **( ) INTENSIVO - Início em 01 de Março**Pagamento das parcelas:3 x R$ 2.520,00 ( ) À vista – R$ 6.800,00 ( ) **Boleto ( ) Cheque ( ) Cartão ( )** |
| **INFORMAÇÕES PESSOAIS** |
| **Filhos:** |
| **Profissão:** |
| **Peso:**  |
| **Altura:**  |
| **Fumante?**  |
| **Consome Bebida alcoólica?**  |
| **Alimentação:**  |
|  **SAÚDE** |   |   |
| **Problemas de Pressão ou Circulatório?**  |
| **Problemas cardíacos?**  |
| **Problemas na coluna?**  |
| **Problemas nas articulações?**  |
| **Cirurgias?**  |
| **Dores de cabeça frequentes?**  |
| **Sente dores constantes? Onde?**  |
| **Tratamento psiquiátrico?**  |
| **Uso de medicamentos?**  |
| **Algo que deve ser observado em relação a sua saúde?** |
|  **AUTO-AVALIAÇÃO** |   |   |
| **(Pontuação de 1 a 5, sendo 1=muito ruim, 2= ruim, 3=regular, 4=bom, 5=ótimo** |   |
| **Emotivo:**  |
| **Depressivo:**  |
| **Bem humorado:**  |
| **Mal Humorado:**  |
| **Ansioso:**  |
| **Desanimado:**  |
| **Agitado:**  |
| **Confiante:**  |
| **Inseguro:**  |
| **Se irrita com facilidade?** |
| **Alguma fobia**? |
|   |   |   |
| **(Pontuação de 1 a 5, sendo 1=muito ruim, 2= ruim, 3=regular, 4=bom, 5=ótimo** |   |
| **Desenvolvimento Corporal:**  |
| **Memória:**  |
| **Atenção:**  |
| **Concentração:**  |
| **Equilíbrio:**  |
| **Disciplina:**  |

QUESTIONÁRIO

1. Quais benefícios você espera com o Yoga?
2. Qual o seu objetivo com este curso?
3. Qual a sua experiência com o Yoga?
4. Dorme bem ou mal? Quantas horas?
5. Se identifica com algum sistema religioso?
6. Existe algum problema de saúde ou algo que devemos observar?
7. Restrições alimentares?