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

**Ficha de Inscrição**

Favor enviar cópia preenchida para o e-mail [contato@yogaintegral-formacaosp.com](mailto: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?