

FORMACIÓN INTERNACIONAL DE PROFESORES DE KUNDALINI YOGA

-BARCELONA 2024-

FICHA DE ALUMN@

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ¿Cómo nos has conocido? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Población: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono fijo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DNI/Pasaporte/NIE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Importe matrícula: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Objetivos en Kundalini Yoga: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Selecciona el formato de Formación: Fines de semana: [ ]  Jueves: [ ]

Selecciona el formato de asistencia: Presencial: [ ]  Online en directo: [ ]

¿Cómo esta tu salud? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Alergias? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Lesiones? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Dolencias? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Has practicado en alguna ocasión algún tipo de Yoga? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS BANCARIOS**

IBAN:       (ES +22 dígitos)

\*Rogamos atienda los recibos a cargo de Shunia Yoga, S.L.

**Declaración:**

Declaro mediante la presente que he leído y aceptado las condiciones especificadas en la página web de Shunia Yoga y en el programa de la Formación.

**Responsabilidad**

Dentro de mi conocimiento no hay razón médica por la que no debería hacer esta Formación.

Entiendo que las enseñanzas de Kundalini Yoga no constituyen consejo médico.

Respetaré las limitaciones de mi cuerpo y mi sabiduría interior, si algo me hace sentir mal yo soy el responsable de abstenerme del mismo.

He declarado en la ficha de@ toda condición crónica tal como presión alta, dolor de cuello, espalda, artritis, enfermedades del corazón y otras, en cualquier caso asumo la responsabilidad de buscar mi propio asesoramiento antes de la práctica en Shunia Yoga.

**Imprime la ficha de alumn@, fírmala y entrégala en la recepción de Shunia Yoga Sagrada Familia!! O envíala por mail a info@shuniayoga.com**

DOCUMENTO DE SEGURIDAD LOPD DE: SHUNIA YOGA, SL

**Cláusula obtención de consentimiento al recabar datos de Médicos clientes**

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD), consiento que mis datos sean incorporados a un fichero del que es titular SHUNIA YOGA, SL con la finalidad de prestarle la asistencia médica solicitada, realizar su gestión contable, fiscal y administrativa y poder proporcionarle información que consideremos pueda serle útil referente a nuevos tratamientos médicos. Asimismo, declaro haber sido informado de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de mis datos en el domicilio de SHUNIA YOGA, SL sito en C/ SICILIA 236 BIS LOCAL - 08013 BARCELONA.

Fecha:                                                        Firma: