**Rellena los siguientes datos:**

* Nombre y apellidos:
* DNI:
* Estado civil:
* Fecha de nacimiento:
* E-mail:
* Teléfono de contacto:
* Nacionalidad:
* Dirección:
* **Enfermedades físicas y/o mentales (durante los últimos 2 años):**

Sí… No…

(marcar con una X donde corresponda)

Especificar en caso afirmativo:

* **Cirugía:**

Sí… No…

(marcar con una X donde corresponda)

Especificar en caso afirmativo:

* **Medicamentos:**

Sí…….. No……….

(marcar con una X donde corresponda)

Especificar en caso afirmativo:

* **Estilo de vida:**
  + **Dieta:** 
    - Vegetariana:
    - Omnívora:
    - Alto consumo de carne:

(marcar con una X donde corresponda)

* + **Consumo de tabaco:** 
    - No:
    - Ocasional:
    - Consumo habitual:

(marcar con una X donde corresponda)

* + **Consumo de alcohol:** 
    - No:
    - Ocasional:
    - Consumo habitual:

(marcar con una X donde corresponda)

* + **N º de horas de sueño aproximadamente por noche:**
  + **Nivel de estrés:** 
    - Bajo:
    - Medio:
    - Alto:

(marcar con una X donde corresponda)

* + **Nivel de aptitud física:** 
    - Baja:
    - Media:
    - Alta:

(marcar con una X donde corresponda)

* + **Nivel de felicidad:** 
    - Baja:
    - Media:
    - Alta:

(marcar con una X donde corresponda)

* **¿Cuánto tiempo llevas practicando yoga? Indícanos tu experiencia. Si no tienes ninguna indícanoslo.**
* **Indícanos si tienes otras titulaciones de yoga.**
* **¿Cómo le llegó la información acerca de esta formación?**
* **¿Practicas algún deporte?**
* **¿Por qué quieres realizar está formación?**
* **Observaciones que puedan ser de nuestro interés.**

NOTA IMPORTANTE:

La correcta contestación a las preguntas de este formulario es esencial para llevar a cabo el curso.

Cualquier omisión o inexactitud supondrá la pérdida de cualquier derecho asociado a este curso y libera a Asociación Merkhaba de cualquier responsabilidad.

Si crees que algo no ha quedado claro a través de tus contestaciones por favor especifícalo en este espacio.