Ficha Cadastral

Foto

Nº da Matrícula: _____ **Data de Início: _____/_____/_____**

NOME:			
ENDEREÇO:			
E-MAIL:			
PROFISSÃO:			
TEL. RESIDENCIAL:		**TEL. CELULAR:**	
DATA NASCIMENTO:			

APRESENTA ALGUM PROBLEMA DE:

☐ Pressão alta	☐ Coluna
☐ Cardíaco	☐ Diabete
☐ Renal	☐ Insônia
☐ Stress	☐ Depressão
☐ Outros:	

FUMA?	☐ Não	☐ Sim

SOFREU ALGUMA INTERVENÇÃO CIRÚRGICA?

☐ Sim	☐ Não

Qual?

O QUE VOCÊ PENSA EM DESENVOLVER COM AS PRÁTICAS DE YOGA?

Turma horário: _____

_____

Assinatura do Aluno