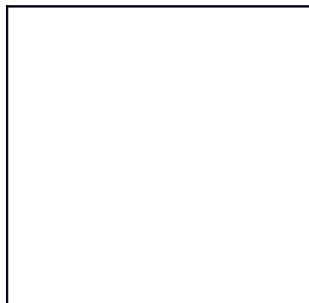


SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL EXAMEN PARA CERTIFICACIÓN DE YOGA IYENGAR AÑO _____,

NIVEL _____



Instrucciones:

Llene el formulario en su totalidad, lea hasta el final de la página. No olvide completar su acuerdo con la Declaración de Compromiso.

1. Nombre y Apellido: (Adjunte fotografía tamaño Pasaporte)

2. ¿Qué nivel de certificación está solicitando?

3. Fecha de Nacimiento (dd/mm/aa): _____

4. Nacionalidad: _____

5. Domicilio: Calle _____, Número _____,
Comuna: _____ Código Postal: _____,
Ciudad: _____ Región: _____.

6. Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____

7. E-Mail: _____
8. Profesión: _____
9. Ocupación regular: _____
10. ¿Años de práctica de yoga Iyengar? _____
11. ¿Cuántas clases de yoga por semana enseña? _____
12. Nombre y Apellido de su profesor/a regular certificado/a
(sólo un nombre) _____
13. ¿Con qué frecuencia asiste a clases con este profesor? _____
14. ¿Es la primera vez que se presenta a este nivel? _____
15. Año y nivel de Evaluación al que se presentó previamente. _____
16. ¿Realizó un curso de formación para profesores de yoga Iyengar (indique dónde y con quién)?

17. Año en que estudió en el RIMYI Pune - India: _____ ¿Por cuánto tiempo?

18. Año en que tiene programado viajar al RIMYI Pune – India: _____
19. ¿Asistió a Workshops con otros profesores avanzados en el Método Iyengar?
SÍ: ___ NO: ___
20. Nombre los que le parecieron más relevantes en lo que se refiere a su formación.

21. ¿Tiene alguna restricción médica para la práctica? Sí ___ NO: ___

22. ¿Tiene problemas específicos de salud (descríbalos), está en tratamiento médico? (cirugías, problemas de salud, medicación, etc.)

23. Valor del Examen: a determinar \$ _____

Declaración de Compromiso: Estoy de acuerdo con los términos y condiciones anteriores y me comprometo a cumplir los compromisos contraídos con esta inscripción (seleccione Sí o NO, a continuación):

¿Está de acuerdo con la Declaración de Compromiso? Sí ___ NO ___

Nombre y Apellido

Firma