

# FORMULARIO DE SOLICITUD



## YRP FORMACIÓN PROFESOR YOGA 200H

### DATOS PERSONALES



NOMBRE Y APELLIDOS	
DNI	
TELÉFONO	
DIRECCIÓN	
FECHA DE NACIMIENTO	
NACIONALIDAD	
E- MAIL	
EXPERIENCIA EN EL MUNDO DEL YOGA (TIEMPO PRACTICANDO, TIPO DE YOGA...)	
¿CÓMO TE HAS ENTERADO DE ESTE CURSO?	

Certifico que tengo un buen estado de salud para realizar todas las prácticas físicas (asanas y pranayama)

Al realizar el pago de la matrícula, **ACEPTO TODAS LAS CONDICIONES Y NORMATIVA COMPLETA DE LA FORMACIÓN**. Los pagos realizados no son reembolsables.

Entiendo que es obligatoria la asistencia a todos los módulos, así como aprobar las pruebas de capacitación para obtener el certificado de Profesor de yoga por la Yoga Alliance.

Como estudiante de nuestro curso de Formación, doy mi consentimiento para que mis datos de contacto (nombre, correo electrónico y número de teléfono) se transmitan a los Profesionales de Yoga Alliance, para que puedan contactarme directamente e invitarme a registrarme como estudiante y profesor.

Al usar este formulario, aceptas el almacenamiento y manejo de tus datos por esta página web.

He leído y acepto todas las condiciones de este contrato.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_



**Firma Alumno**

**Nuria Gutiérrez  
Yoga Respira Profundo**