



SOLICITUD PROGRAMA SEMILLAS DE LUZ

Las solicitudes para el programa serán revisadas individualmente. Debido a los requisitos del programa, la cantidad de participantes será limitada.

Favor de completar en su totalidad

Nombre con dos apellidos:

Sexo: M F

Edad:

Estado civil:

Dirección postal:

Dirección correo electrónico:

Tel. celular:

Ocupación:

Contactos de Emergencia:

Nombre(s):

Tel(s):

Por favor responde a las siguientes preguntas, con suficiente información para saber un poco mas sobre tí (Por favor utiliza papel adicional)

1. ¿Cómo te enteraste de nuestro programa de certificación de maestros de Yoga para niños?

2. ¿Estás certificado como maestro de yoga? Si ___ No ___

Si estás certificado menciona el nivel de horas y tu escuela

3. ¿Qué estilo practicas? ¿Donde y con que frecuencia?

4. ¿Por qué estás interesado(a) en el programa de certificación de maestros de Yoga para Niños?

Detalla la razón por la cual te quieres certificar;

¿Cuál es tu interés principal en enseñarles a los niños?

5. ¿A qué te dedicas?

¿Por qué te interesa esta certificación y para que la utilizarías?

6. Cuéntanos sobre tu salud física

(a) ¿Has sufrido alguna lesión seria, cirugía, o enfermedad crónica?

(b) Cuéntanos de tus experiencias con movimientos deportes, baile etc.

(c) ¿Te encuentras tomando algún medicamento actualmente?

7. ¿Algo mas que quisieras compartir sobre ti?

Nombre en letra de molde

Firma _____

Fecha _____