



Favor de llenar la hoja completamente antes de que participes en Yoga:

Nombre_____

Direccion_____

Ciudad_____ Estado_____ C.P_____

Teléfono (casa) _____ (alternativo) _____

Correo-electrónico _____ Fecha de nacimiento_____

¿Has participado antes en Yoga? Si o No Si es Si, ¿cuando fue y cada cuantos días?_____

¿Tienes alguna condición o restricción medica? Si No
Si contestaste Si, por favor explica cual es_____

¿Que estas buscando obtener de la práctica de Yoga?_____

¿Te gustaría que incluyéramos tu correo electrónico en nuestra lista de comunicaciones? Si No

Responsabilidades en la Actividad de Yoga Santa

Doy mi consentimiento como participante de las clases de Yoga y estoy de acuerdo en asumir todos los riesgos que implican. Yo entiendo que Yoga Santa no provee aseguranza médica relacionada a accidentes, lesiones, y/o muerte como resultado de las actividades relacionadas; y que no puedo hacer personalmente responsables a Yoga Santa o a sus maestros afiliados de ninguna responsabilidad. _____ (inicial).

Yo reconozco que cualquier forma de actividad física es potencialmente peligrosa, y que envuelven riesgos de posibles lesiones o hasta la muerte. Yo afirmo que estoy voluntariamente participando en estas actividades con el conocimiento del riesgo envuelto. Yo estoy de acuerdo expresadamente a asumir y aceptar cualquier y todos los riesgos de lesión y/o muerte____ (inicial).

Yo misma afirmo que estoy físicamente sana y que no sufro de ninguna condición, alimenticia, de discapacidad, enfermedad, o de otra enfermedad que pudiera prevenir mi participación en las actividades de Yoga Santa. Yo declaro que he informado de todo mi historial médico a Yoga Santa y/o a sus afiliados relacionado a mi participación. _____ (inicial).

Firma_____ Fecha_____

