



Questionário de Saúde:

Caso responda sim para alguma das questões abaixo, por favor descreva-a com detalhes em uma folha separada, se necessário. Para além deste formulário, o KRI poderá solicitar-lhe um atestado de saúde do seu médico.

Atualmente você está sob tratamento médico devido a alguma condição física e/ou psicológica?

___ Sim ___ Não

Se Sim, por favor descreva: _____

E nos últimos cinco anos? ___ Sim ___ Não

Caso afirmativo, por favor descreva:

Você recebeu algum diagnóstico médico recentemente? Caso afirmativo, explique:

Você já foi internado devido a alguma questão psiquiátrica? ___ Sim ___ Não

Caso afirmativo, descreva:

Você tem alguma limitação ou deficiência física crônica? ___ Sim ___ Não

Caso afirmativo, descreva:

Você está grávida ou tentando engravidar?

Você teve alguma doença séria ou fez cirurgia importante nos últimos cinco anos? ___ Sim ___ Não

Caso afirmativo, descreva: _____

Você tem alguma doença contagiosa? ___ Sim ___ Não

Caso afirmativo, descreva:

Você está em recuperação de algum vício em drogas/álcool? ___ Sim ___ Não.

Se sim, há quantos anos em recuperação? _____

Descreva seu consumo semanal de álcool/drogas:

Você fuma? _____ Se Sim, qual a frequência?



Kundalini Research Institute

Kundalini Yoga as taught by Yogi Bhajan®

www.KundaliniResearchInstitute.org

Mail: KRI, c/o Level Three
PO Box 1819, Santa Cruz, NM 87567, USA
Email: levelthree@kriteachings.org

Se você fuma, tem intenção de parar de fumar antes de participar do curso?

Você está fazendo uso de algum medicamento no momento? __ Sim __ Não.

Caso afirmativo, explique: _____

Que tipo de exercícios ou atividade física você participa e com que frequência?

Você tem alguma condição médica que possa impedi-lo de participar do Programa de Formação de Professores? Se positivo, explique: _____

Divulgação Completa e Termos de Aceitação:

O KRI deve ser capaz de confiar na exatidão e na integridade das informações prestadas pelo requerente. As informações fornecidas são tratadas como confidenciais e serão divulgadas apenas para aqueles com necessidade legítima de conhecimento, que estejam administrando ou promovendo o treinamento. Portanto, todos os inscritos são obrigados a responder a todas as perguntas de forma completa e verdadeira. Ao assinar abaixo, afirmo que as informações fornecidas nos Questionários de Saúde são, no melhor do meu conhecimento, verdadeiras e completas. Estou ciente de que fornecer informações imprecisas, incompletas ou enganosas serão motivos para rejeição da minha inscrição, para ser solicitado a deixar o programa antes da conclusão ou para a revogação da minha certificação após a conclusão do programa. Caso tenha que deixar o programa devido a questões de saúde, a continuidade em outra sessão fica a critério do KRI. Concordo em discutir quaisquer restrições de saúde, dúvidas ou preocupações com o KRI antes do Curso.

Nome Civil Completo por extenso

Nome Espiritual por extenso

Assinatura – Nome civil

Data: