

FICHA DE INSCRIÇÃO – CURSO DE MEDITAÇÃO

Preencher com letra legível

Data do curso: de ___/___/___ a ___/___/___

Nome completo: _____

Morada: _____

Localidade e código postal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Profissão: _____ Data nascimento: _____

Email: _____ Como soube do curso? _____

Onde praticou Meditação e que género: _____

Cursos de Meditação efectuados: _____

Doenças ou problemas de saúde: _____

Medicamentos que habitualmente toma ou tomou nos últimos quatro anos: _____

Consumo ou consumi álcool ou drogas nos últimos quatro anos? _____

Sofre de depressão, ansiedade, esquizofrenia, bipolar? _____

NOTA: a direcção do curso deve ser informada sobre quaisquer doenças, nomeadamente cardíacas, infecto-contagiosas, ataques frequentes de asma, doenças do foro psicológico, etc. Em caso de dúvida sobre se o seu estado de saúde consulte o seu médico.

Notas (reservado à direcção do curso):

Declaro que conheço o meu estado de saúde e estou apto à prática de meditação. Declaro que li o regulamento do curso e o aceito. Respondi com verdade às perguntas e comprometo-me a frequentar o curso nas datas acima referidas.

Local e Data: _____

Assinatura: _____

A Associação compromete-se a assegurar a confidencialidade dos dados deste documento, nos termos da lei.

**ENVIAR PARA: ASSOCIAÇÃO EUROPEIA DE TERAPIAS ORIENTAIS
APARTADO 8188 –EC. CABO RUIVO 1802-001 LISBOA**