

Training Application Form

Nom:

Email : Numéro portable :

Adresse :

Age : Nationalité :

Travail :

Numéro de personne à contacter en cas d’urgence :

Avez-vous des problèmes de santé ?

Depuis quand pratiquez-vous le Yoga ? Combien de fois par jour, et quel(s) style(s) ?

Est-ce que vous pratiquez à la maison ?

Expliquez-nous votre expérience en pranayama.

Expliquez-nous votre expérience en méditation.

Avez-vous déjà complété une formation professeur de yoga ? Si oui, lesquelles ?

Enseignez-vous le Yoga actuellement ? Si oui, dans quel(s) studio(s) ?

Pourquoi avez-vous choisi The Space Academy pour vous former ?

Quels sont vos attentes de cette formation ? Comment pensez-vous évoluer ?

Il y a-t-il autre chose qu’on a besoin de savoir ?