



THE PILATES STUDIO® BRASIL
AUTHENTIC PILATES

Inelia Garcia



FORMAÇÃO
AUTÊNTICO PILATES
INELIA GARCIA

Para uso da organização

Atendido por: _____

REC DOC: ____/____/____

ENTREV: ____/____/____

() AP () RP Visto téc.: _____

Requerimento de Matrícula

Turma 2017

DADOS PESSOAIS

Foto	Nome completo:		
	Graduação: () educador físico () fisioterapeuta () outros especifique		
	Nº CREF/ CREFITO:		Validade: / /
	Endereço:		
	Nº:	Complemento:	CEP:
	Bairro:	Cidade:	UF:
	E-mail1:		
	E-mail2:		
	Estado Civil: () solteiro () casado () divorciado () viúvo		
	CPF:		Data nascimento: / /
RG:		Órgão exp.:	
Sexo: () feminino () masculino			
TEL CEL1: ()		TEL CEL2: ()	
TEL RES: ()		TEL COM: ()	

Turma: _____

Ano: _____

() São Paulo

() Recife

Cód. Cliente:

DADOS PROFISSIONAIS

GRADUAÇÃO	Instituição:	Ano de conclusão:
PÓS-GRADUAÇÃO1	Instituição:	Ano de conclusão:
	Curso:	
PÓS-GRADUAÇÃO2	Instituição:	Ano de conclusão:
	Curso:	



Possui outros cursos de pilates? Se sim, quantos cursos?
() sim () não () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou +

Empresa/instituição:

Ministrante: Ano de formação: Carga horária total:

Trabalha com pilates? () sim () não Se sim, há quanto tempo? () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 anos ou +

Cargo/função: Empresa:

Proprietário: () sim () não Se sim, especifique qual a marca dos aparelhos que utiliza:

Tipo: () clínica () studio () academia Site:

Endereço comercial:

Tipo de aulas que ministra:

() Mat () Mat wall () Reformer

() Cadillac () Wunda () Barrel

() Cadeiras () Equipamentos () Acessórios

() Outros – especifique:

Por que deseja fazer a certificação na The Pilates Studio® Brasil?

Fale resumidamente sobre você:



FORMULÁRIO DE SAÚDE

Altura:	Peso:
Fumante	() sim () não
Pratica atividade física	() sim () não Se sim, qual(is)
Foi submetido a algum tipo de cirurgia?	() sim () não Se sim, qual(is)?
Sofreu algum acidente?	() sim () não Se sim, qual(is)?
Faz uso de medicamento(s) contínuo?	() sim () não Se sim, qual(is)?
Faz terapia tradicional?	() sim () não Se sim, qual(is)?
Possui lesão ou condição médica que possa fazer com que não tenha produção total durante o curso de treinamento? () sim () não	
Se sim, descreva qual(is) e o tratamento clínico realizado:	
Fatores hereditários:	
() Hipertensão () Doença coronariana () Diabetes () AVC () Nenhum	
() Outros – especifique:	

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Pessoa a ser avisada em caso de emergência:

Telefone: () Telefone: ()

Em caso de doença grave ou acidente, a empresa encaminhará o aluno para o hospital público mais próximo ou na falta deste para o hospital particular, ficando as despesas médico-hospitalares a cargo do aluno e/ou familiares.

Responsabilizo-me pelas informações prestadas nesta ficha de inscrição e declaro estar em perfeitas condições de saúde, eximindo o The Pilates Studio® Brasil e seus colaboradores de responsabilidades sobre qualquer acontecimento dentro de suas dependências.

_____, _____ de _____ de 20____.

(Cidade)

Assinatura: _____

INSTRUÇÕES:

- Imprimir o formulário, preencher com caneta preta ou azul, datar e assinar.
- Anexar:
 - 1 foto 3x4 recente;
 - 1 cópia autenticada do Diploma ou Carta de conclusão da graduação e;
 - 1 cópia autenticada do CREF e/ou CREFITO (carteira de habilitação profissional).
- Enviar por correspondência para R: Dr. Albuquerque Lins, 537 – cj. 92- CEP: 01230-001 – Santa Cecília – São Paulo - SP
A/C: The Pilates Studio Brasil (Departamento de Certificação).