



**Academy of Play and Child Psychotherapy  
Post Graduate Certificate in Therapeutic Play Skills –  
Formularz zgłoszeniowy**

**Data rozpoczęcia szkolenia / Date of commencement of the training:** .....

**Miejsce szkolenia / Place of Training:** **Warszawa**

**Skąd dowiedziałeś się o szkoleniu /How did you find out about the training?**  
.....

**1.Dane osobowe / Personal Details - NAPISZ DRUKOWANYMI LITERAMI**

Nazwisko/Surname .....

Imię/First name(s) .....

Adres/Address .....

Miasto/City/Town .....

Kod pocztowy/Post Code .....

Tel.domowy/Home Phone .....

Tel. do pracy/Phone to work .....

Tel. komórkowy/Mobile Phone .....

E-mail .....

Data urodzenia/Date of birth ..... Kobieta/Mężczyzna Female/Male .....

**2.Wykształcenie/Szkolenia / Education/Training**

<b>Data szkolenia/ Dates of Course</b>	<b>Organizator/ Training Organisation</b>	<b>Nazwa szkolenia/ Course Name</b>	<b>Uzyskany tytuł/ Qualification Obtained</b>

**3. Doświadczenie zawodowe / Experience**

Jeśli pracowałaś/pracowałeś z dziećmi proszę opisz swoje doświadczenie zawodowe / If you have worked with children, please describe your experience

**4. Powód uczestnictwa w szkoleniu / Reasons for Attending**

**5. Doświadczenie zawodowe z ostatnich 5 lat / Work experience during the past 5 years**

**6. Dane kontaktowe w razie nagłego wypadku / Emergency Contact Details**

**Imię i nazwisko / Name:**

**Relacja z uczestnikiem / Relationship to Applicant:**

**Telefon kontaktowy / Contact No:**

**Email:**

**7. Imiona i nazwiska oraz e-mail dwóch osób polecających, z których jedna powinna być Twoim superwizorem lub aktualnym pracodawcą / Name,**

**Adress and Email of 2 referees one of whom should be your supervisor, current employer of equivalent**

**8. Gdzie zamierzasz pracować? / Where are you intending to do your placement?**

**9. Proszę opisz te problemy ze zdrowiem, o których uważasz, że powinniśmy wiedzieć np. cukrzyca, padaczka, astma, alergie w typie pokarmowe /**

Please provide details of any existing Health Conditions, that we should be aware of eg diabetes, epilepsy, asthma, and any allergies including Food Allergies

**10. Niepełnosprawność / Disability**

**NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ / DISABILITY**

<input type="checkbox"/>	Nie mam żadnej niepełnosprawności / I have NO disability
<input type="checkbox"/>	Jestem osobą niepełnosprawną i aktualnie pobieram rentę inwalidzką / I have a disability and current in receipt of disabled allowance
<input type="checkbox"/>	Jestem niepełnosprawny, ale nie otrzymuję zasiłku dla niepełnosprawnych studentów / I have a disability, but not in receipt of Disabled Student allowance
<input type="checkbox"/>	Jestem niepełnosprawny, ale informacje o zasiłku dla niepełnosprawnych studentów nie są znane / I have a disability but information about Disabled Student allowance isn't known

**TYP NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI / DISABILITY TYPE**

<input type="checkbox"/>	Brak znanej niepełnosprawności / No known disability
<input type="checkbox"/>	Dysleksja / Dyslexia
<input type="checkbox"/>	Niewidomi/niedowidzący / Blind/are partially sighted
<input type="checkbox"/>	Głuchy/ ma wadę słuchu
<input type="checkbox"/>	Użytkownik wózka inwalidzkiego/ma problemy z poruszaniem się / Wheelchair user / have mobility difficulties
<input type="checkbox"/>	Wsparcie w zakresie opieki osobistej / Personal Care Support
<input type="checkbox"/>	Problemy ze zdrowiem psychicznym / Mental health difficulties
<input type="checkbox"/>	Kilka niepełnosprawności / Multiple disabilities
<input type="checkbox"/>	Niepełnosprawność niewymieniona powyżej / A disability not listed above
<input type="checkbox"/>	Zaburzenia ze spektrum autyzmu / Autistic Spectrum Disorder

## 11. Oświadczenie kandydata oraz klauzula informacyjna / Candidate's declaration and information clause

Oświadczam, że udzielone przeze mnie powyższe informacje są prawdziwe. Rozumiem, że fałszywe lub wprowadzające w błąd informacje zawarte w formularzu mogą powodować odrzucenie mojej aplikacji i/lub zakończenie rejestracji oraz / lub mogą prowadzić do postępowania sądowego. / I declare that the above information provided by me is true. I understand that false or misleading information contained in the form may result in my application being rejected and / or the termination of registration and / or may lead to legal proceedings.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie i przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do realizacji procesu Szkolenia: Post Graduate Certificate of Therapeutic Play Skills zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz.U. z 1997 nr 133, poz.883). Rozumiem, że informacje zawarte w formularzu są traktowane jako poufne

Akceptuję przetwarzanie danych osobowych do celów realizacji szkolenia. / I consent to the use and processing of my personal data to the extent necessary to carry out the Training process: Post Graduate Certificate of Therapeutic Play Skills in accordance with the Personal Data Protection Act (Journal of Laws of 1997, No. 133, item 883). I understand that the information contained in the form is treated confidentially

I accept the processing of personal data for the purposes of the training.

Miejscowość, data /  
Place, date

Podpis kandydata /  
Candidate's signature

## 12. Klauzula informacyjna / Information clause

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Play Therapy Poland z siedzibą w Warszawie, przy ul. Szlacheckiej 14;
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji procesu Szkolenia: Post Graduate Certificate of Therapeutic Play Skills
- 3) odbiorcą Pani/Pana danych osobowych będą Play Therapy Poland, Play Therapy International oraz The Academy of Play and Child Psychotherapy
- 4) Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do czasu zakończenia procesu szkolenia
- 5) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (\*jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem;
- 6) ma Pan/Pani prawo wniesienia skargi do GIODO gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych Pani/Pana dotyczących narusza przepisy ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 7) podanie przez Pana/Panią danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy. Jest Pan/Pani zobowiązana do ich podania a konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak kwalifikacji na Szkolenia: Post Graduate Certificate of Therapeutic Play Skills.
- 8) Pani/Pana dane nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany.

According to Art. 13 sec. 1 and sec. 2 of the general regulation on the protection of personal data of 27 April 2016, I inform you that:

- 1) the administrator of your personal data is Play Therapy Poland with its registered office in Warsaw, at ul. Szlachecka 14;
- 2) Your personal data will be processed in order to implement the Training process: Post Graduate Certificate of Therapeutic Play Skills
- 3) the recipient of your personal data will be Play Therapy Poland, Play Therapy International and The Academy of Play and Child Psychotherapy
- 4) Your personal data will be kept until the training process is completed
- 5) you have the right to access your data and the right to rectify, delete, limit processing, the right to transfer data, the right to object, the right to withdraw consent at any time without affecting the lawfulness of processing (\* if the processing takes place based on consent), which was made on the basis of consent before its withdrawal;
- 6) you have the right to lodge a complaint with GIODO if you feel that the processing of your personal data violates the provisions of the general regulation on the protection of personal data of 27 April 2016;

7) providing your personal data by you is a condition for concluding a contract. You are obliged to provide them and the consequence of not providing personal data will be the lack of qualifications for the Post Graduate Certificate of Therapeutic Play Skills Training.

8) Your data will not be processed in an automated manner.

Prosimy o wysłanie wypełnionego formularza wraz z wpłatą zaliczki w wysokości 2500 zł na poczet opłaty za szkolenie w celu rezerwacji miejsca na szkoleniu

Zaliczka obejmuje wszystkie koszty administracyjne i jest zwracana w 100 % jeśli kandydat nie zostanie zakwalifikowany na szkolenie. Zaliczka nie jest zwracana w

przypadku rezygnacji kandydata ze szkolenia. / Please send the completed form together with an advance payment of PLN 2,500 towards the training fee in order to book a place for the training

The advance payment covers all administrative costs and is 100% refunded if the candidate is not qualified for the training. The advance payment is not returned in the event of the candidate's resignation from the training.

Konto do wpłat za szkolenie / Account for payments for the training:

Bank PKO BP: 72 1440 1185 0000 0000 0328 7742

PLAY THERAPY POLAND

ul. Szlachecka 14

05-077 Warszawa

Formularz wraz z potwierdzeniem przelewu zaliczki należy wysłać / The form and confirmation of the advance payment should be sent:

- listem poleconym na wskazany powyżej adres / by registered mail to the address indicated above,

- lub drogą elektroniczną z potwierdzeniem odbioru na adres / or by e-mail with confirmation of receipt to the address: [info@play-therapy.pl](mailto:info@play-therapy.pl)

### 13. Opcje płatności / Payment options

Wybierz i zaznacz jedną opcję płatności za szkolenie / Choose and check one payment option for training:

1. Wpłata jednorazowa całej kwoty 9800 zł

2. Wpłata zaliczki 2500 zł / Advance payment PLN 2,500,

- następnie najpóźniej 15 dni przed planowaną datą rozpoczęcia szkolenia pozostała kwota 7300 zł

2. Wpłata zaliczki 2500 zł,

- następnie najpóźniej 15 dni przed planowaną datą rozpoczęcia szkolenia kwota 2500 zł.

- następnie najpóźniej 15 dni przed drugim blokiem szkoleniowym pozostała kwota 4800 zł.

Proszę o wystawienie faktury VAT na poniższe dane / Please issue a VAT invoice for the following data:

.....  
.....

Podpis / Signature..... Data / Date .....

---

Wypełnia organizator:

Imię i nazwisko kandydata: \_\_\_\_\_ Szkolenie: Cert/ Rok: \_\_\_\_\_

Miejsce szkolenia : \_\_\_\_\_

Data otrzymania aplikacji: \_\_\_\_\_ Data potwierdzenia: \_\_\_\_\_

Płatności	Kwota	Ref. No.:	Bank:	Data wpływu	Data potwierdzenia
1. Zaliczka					
2. I rata					
3. II rata					
4. Bilans					