

**SANTIKARAM ASSOCIATION SLOVAKIA**  
**PRIHLÁŠKA NA MEDITAČNÉ ÚSTRANIE**  
(Vyplňte VEĽKÝMI PÍSMENAMI)

**Miesto:** SANTIKARAM LESNÝ CHRÁM, STRÁNSKE 290, 013 13

**Meditačné ústranie v trvaní:** od..... do.....

|                |                                      |                         |                   |
|----------------|--------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| <b>Meno:</b>   | <b>Priezvisko:</b>                   | <b>Vek:</b>             | <b>Pohlavie:</b>  |
| <b>Adresa:</b> | <b>Tel. číslo:</b><br><b>E-mail:</b> | <b>Dátum narodenia:</b> | <b>Povolanie:</b> |

**Kontakt na blízku osobu v prípade núdze:**

|                |                    |                    |
|----------------|--------------------|--------------------|
| <b>Meno:</b>   | <b>Priezvisko:</b> | <b>Tel. číslo:</b> |
| <b>Adresa:</b> | <b>E-mail:</b>     |                    |

**1. Zúčastnili ste sa v minulosti nejakého meditačného ústrania alebo kurzu?**      **ÁNO**       **NIE**   
Ak áno, napíšte o aký typ meditačného ústrania alebo kurzu sa jednalo, a kde a kedy ste sa ho zúčastnili:

.....  
**2. Praktizujete/praktizovali ste nejaký druh mentálneho cvičenia, hypnózy, psychoterapie, alebo alternatívneho liečenia?**      **ÁNO**       **NIE**   
Ak áno, uveďte druh cvičenia alebo terapie a dobu praxe:

.....  
**3. Trpíte/trpeli ste nejakými psychickými chorobami alebo poruchami?**      **ÁNO**       **NIE**   
(Napríklad úzkosť, panický atak, depresia, schizofrénia, obsedantno-kompulzívna porucha, alebo iné.)  
Ak áno, uveďte typ poruchy, spôsob liečenia a súčasný stav:

.....  
**4. Užívate/užívali ste nejaké psychofarmaká (lieky na psychické ochorenia)?**      **ÁNO**       **NIE**   
Ak áno, uveďte názov lieku/liekov a dobu užívania:

.....  
**5. Užívate/užívali ste nejaké drogy (napr. marihuana, ayahuasca, amfetamín, pervitín, extáza, LSD, kokaín, heroín, alkohol, alebo iné drogy)?**      **ÁNO**       **NIE**   
Ak áno, uveďte druh drogy a dobu užívania:

.....  
**6. Trpíte nejakým telesným postihnutím, chorobou alebo bolesťami?**      **ÁNO**       **NIE**   
Ak áno, uveďte o aké postihnutie, chorobu alebo bolesť sa jedná:

.....  
Svojím podpisom potvrdzujem, že som si prihlášku pozorne prečítal/a, vyplnil/a podľa skutočnosti, a že vyššie uvedené informácie sú pravdivé. Súhlasím, že počas meditačného ústrania budem dodržiavať pravidlá a poriadok Lesného Chrámu Santikaram a budem sa riadiť pokynmi organizátorov. Uvedomujem si, že meditačné ústranie je seriózny mentálny tréning, ktorý si bude vyžadovať moje plné psychické a fyzické zdravie a potvrdzujem, že som spôsobilý/á zúčastniť sa ho. Zároveň potvrdzujem, že meditačné ústranie podstupujem na základe vlastného rozhodnutia, bez donútenia inou osobou a na vlastné riziko.

Svojím podpisom taktiež súhlasím s uchovávaním a manipuláciou s vyššie uvedenými osobnými údajmi, a to v súlade so Zásadami ochrany osobných údajov občianskeho združenia Santikaram Association Slovakia.

|                        |               |                |
|------------------------|---------------|----------------|
| <b>V (mesto/obec):</b> | <b>Dátum:</b> | <b>Podpis:</b> |
|------------------------|---------------|----------------|