



טופס בקשה לקורס מדיטציה

תאריך הקורס _____ במקרה שהקורס מלא, אנא ציין/י את התאריך הבא המועדף עליך _____
אם ברצונך להשתתף בקורס, אנא מלא/י את טופס הבקשה, שלח/י אלינו והמתן/י לאישור קבלה. אנא ענה/י על כל השאלות במלואן,
בשני צידי הטופס. כל מידע שיינתן יישמר חסוי.

נא למלא בכתב יד ברור

שם פרטי _____ שם משפחה _____ כתובת (רחוב ומספר) _____
עיר/ישוב _____ מיקוד _____ טלפון _____ נייד _____
פקס _____ דואר אלקטרוני _____
גיל _____ תאריך לידה מלא _____ / _____ / _____ מין _____ מקצוע _____
האם מישוהו מקרובין/חברין ישתתף בקורס בתאריך זה? לא כן, אם כן, אנא רשום את השם והקירבה _____
מהי שפת האם שלך? _____ אילו שפות נוספות את/ה מבין/ה היטב? _____

תלמידים חדשים

כיצד שמעת על ויפאסנה ומי המליץ לך על הקורס? _____
האם יש לך נסיון קודם בטכניקות מדיטציה אחרות, טכניקות טיפול/ריפוי או הילינג? לא כן _____
אם כן, פרטי _____
האם את/ה מלמד/ת או מטפלת/ת באחרים? לא כן _____
אם כן, פרטי _____

תלמידים ותיקים (כל מי שהשלים/ה בעבר לפחות קורס אחד בהנחייתו של ס.ג.גואנקה או אחד מעוזריו המוסמכים)

קורס ראשון: תאריך _____ מקום _____ מורה/ים _____
קורס מלא אחרון (בו ישבת): תאריך _____ מקום _____ מורה/ים _____
סה"כ מספר קורסים מלאים של 10 ימים: בהם ישבת _____ בהם שרתת _____
קורסים אחרים בהם ישבת (פרטי) _____
קורסים אחרים בהם שרתת (פרטי) _____
האם התמדת בתירגול ויפאסנה מאז הקורס האחרון שלך? לא כן _____
אנא פרטי (כמה זמן בכל יום וכד') _____
האם תירגלת טכניקות מדיטציה אחרות (כולל טכניקות ויפאסנה אחרות), טכניקות טיפול/ריפוי או הילינג מאז הקורס
האחרון שלך? לא כן _____
אם כן, אנא פרטי _____
האם את/ה מלמד/ת או מטפלת/ת באחרים? לא כן _____
אם כן, אנא פרטי _____
אם תידרש עזרה, האם תוכל/י להגיע מוקדם יותר? לא כן _____
האם תהיה/י מוכן/ה להתנדב ולשרת בקורס במקום להשתתף בו במידה ויתעורר צורך בכך? לא כן _____
אם הנך מבקש/ת להשתתף רק בחלק מהקורס, אנא רשום/י את מועד הגעתך ומועד עזיבתך:
מגיע/ה ביום _____ בשעה _____ עוזב/ת ביום _____ בשעה _____

(המשך בצד השני)

תלמידים חדשים / ותיקים

האם יש לך בעיות גופניות כגון: סוכרת, מחלת לב, אפילפסיה, לחץ דם גבוה, איידס או מחלה מדבקת כמו צהבת, שחפת, טיפוס וכו'? כן לא

אם כן, אנא פרטי/י כולל תאריכים ומשך המחלה.

האם יש או היו לך אי פעם בעיות בריאות נפשיות, כגון: דיכאון או חרדות, התקפי פאניקה, מאניה דיפרסיה, סכיזופרניה וכו'? כן לא

אם כן, אנא פרטי/י כולל תאריכים.

האם כעת או בשנתיים האחרונות את/ה משתמש/ת בתרופות לפי מרשם רפואי? כן לא

אם כן, אנא פרטי/י (תאריכים, תדירויות השימוש, סוגים, כמויות וכו').

האם כעת או בשנתיים האחרונות את/ה צורך/ת אלכוהול או סמים (כגון: אקסטזי, הרואין, קוקאין, סמי הזיה, מריחואנה או כל חומר משכר אחר)? כן לא

אם כן, אנא פרטי/י (תאריכים, תדירויות השימוש, סוגים, כמויות וכו').

אני מצהיר/ה שקראתי בעיון והבנתי את תקנון המשמעת של הקורס (בחוברת המבוא למדיטציית ויפאסנה). אני מסכים/ה להישאר בתחום שטח הקורס ולשמור על כל הכללים והחוקים במשך כל זמן הקורס. אני מודע/ת לכך שקורס מדיטציית ויפאסנה הוא רציני מאוד ודורש את בריאותי הפיזית והנפשית המלאה, ואני מצהיר/ה שאני מתאים/ה לקחת בו חלק. אני מצהיר/ה בזאת, שלמיטב ידיעתי כל האינפורמציה הנ"ל נכונה.

שם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

למגיעים ברכב: האם את/ה מעוניין/ת להציע טרמפ? האם נוכל למסור את מספר הטלפון שלך לתלמידים אחרים? כן לא