Walk Organiser registration form (Polish)

Formularz rejestracyjny organizatora grupy

Please complete this form and the attached doctor's letter (if applicable) and return to Heart Foundation Walking, Reply Paid GPO Box 9922 in your capital city. If you have any questions, please contact your Area Coordinator. To find your nearest Area Coordinator, visit www.heartfoundation.org.au/walking or telephone 1300 36 27 87.

Proszę wypełnić ten formularz z dołączonym zaświadczeniem lekarskim (jeśli jest takie wymagane) i odesłać go do Fundacji - Serce Marsze na adres GPO Box 9922 w stolicy stanu, który zamieszkujesz. Jeśli masz jakiekolwiek pytania proszę skontaktować się z koordynatorem w Twoim rejonie. Aby odnaleźć koordynatora Twojego rejonu odwiedź naszą stronę internetową www.heartfoundation.org.au/walking lub zadzwoń pod numer telefonu 1300 36 27 87.

Your details

Dane osobowe

Suburb/Town
Dzielnica/Miasto

Group Name
Nazwa grupy

Area Coordinator name
Imię koordynatora rejonu

First name
Imię

Last Name
Nazwisko

Address
Adres

Postcode
kod pocztowy

Date of birth
Data urodzenia

Email
Adres internetowy

Telephone Telefon

Home Domowy

Work Służbowy

Mobile Komórkowy

Fax Fax

Preferred contact Preferowany kontakt

Home Telephone Telefon domowy ☐

Work Telephone Służbowy ☐

Mobile Telefon komórkowy ☐

Email Adres internetowy ☐

Gender Płeć

Male Mężczyzna ☐

Female Kobieta ☐

Occupation	Zawód				
Employed	Pracujący	☐	Self employed	Własna działalność	☐
Unemployed	Nie pracujący	☐	Retired	Emeryt	☐
Semi-retired	Pracujący emeryt	☐	Home Duties	Pozostający w domu	☐
Student	Uczeń/student	☐	Other	Inne	☐

How did you hear about Heart Foundation Walking?

W jaki sposób dowiedziałeś/dowiedziałaś się o Fundacji - Serce Marsze ?

Health professional	Lekarz	☐	Internet	Internet	☐
Newsletter	Gazetka	☐	Flyer	Ulotka	☐
Radio	Radio	☐	TV	Telewizja	☐
Word of mouth	Od kogoś	☐	Other	Inne	☐

What is your first language? (Optional)

Jaki jest Twój rodzimy język ?

Are you of Aboriginal or Torres Strait Islander origin? (Optional)

czy jesteś Aborygenem lub wyspiarzem z Torres Strait ?

No	Nie	☐			
Yes, Aboriginal	Tak, Aborygenem	☐	Yes, Torres Strait Islander	Tak, wyspiarzem	☐

I would like to receive a copy of Heart Foundation Walking Newsletter. Note: Newsletters are only available in English.

Chciałbym otrzymywać gazetkę Fundacji - Serce Marsze. Gazetka wydawana jest tylko w języku angielskim.

Yes	Tak	☐	No	Nie	☐

Please indicate whether you would prefer to receive an email or paper version.

Proszę zaznaczyć preferowaną opcję:

Email	Poczta internetowa	☐	Paper	Gazetka	☐

I would like to participate in the Walker's recognition scheme (e.g. certificates / vouchers on achieving walking milestones)?

Chciałbym/chciałabym brać udział we współzawodnictwie.

Yes	Tak	☐	No	Nie	☐

Will you be walking with your pet dog?

Czy zamierzasz chodzic z psem ?

Yes	Tak	☐	No	Nie	☐

Walk details

Szczegóły dotyczące marszów

Meeting Point

Miejsce spotkań

Address

Adres

Type of walk

Rodzaj marszu

Health and fitness walk: brisk walks (around 5km) may include some hills

☐ Marsz dla zdrowia i tężyzny fizycznej (około 5 kilometrów) może obejmować tereny górzyste.

Parents with prams: leisure walks on flat ground

☐ Rodzice z wózkami dziecięcymi na równym terenie.

Leisure walks: slower, less strenuous walks

☐ Marsz wolny nie wymagający dużego wysiłku fizycznego.

Shopping centre walk: out of hours walks inside air-conditioned shopping centres

☐ Spacery w klimatyzowanych kompleksach sklepowych poza godzinami szczytu zakupowego.

Closed group: walks that are not promoted to the public (e.g. workplace group)

☐ Grupy zamknięte np. (w miejscach pracy)

Other speciality (please specify)

☐ Inne (prosze określić szczegóły)

Walk speed

Prędkość marszu

Slow Wolny ☐ Slow-Medium Wolno-Średni ☐ Medium Średni ☐

Medium-Fast Średnio-Szybki ☐ Fast Szybki ☐

Length of walk *(e.g. 1h or 5km)*

Długość marszu (np. 1 godzina lub 5 km)

Walk start time *(e.g. 7.30am)*

Czas rozpoczęcia marszu

Walk days *(e.g. Mon & Wed)*

Dzień marszu (np. poniedziałek i środa)

As a token of appreciation for your efforts as a Walk Organiser, we are delighted to offer you some free Heart Foundation Walking merchandise. Please tick the items you would like to receive.

W dowód uznania za Twój wysiłek związany z pełnieniem obowiązków organizatora grupy pragniemy podarować Ci jedno z naszych akcesoriów z logo Fundacji - Serce Marsze. Proszę zaznacz swój wybór.

Polo Shirt	**Koszulka Polo**	
Size	Rozmiar	☐ XS ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ 2XL ☐ 3XL ☐ 4XL
Colour	Kolor	☐ biały white ☐ czerwony red ☐ szary grey
Bucket hat	**Czapka z rondem**	☐ S/M (56/57cm) ☐ L/XL (59/60cm)

Please complete the Walk Safety Audit in your Walk Organiser handbook to ensure that your walk route is safe and appropriate.

Please report any relevant public health hazards to your local council.

Proszę wypełnić Zasady Bezpieczeństwa Marszu w twojej instrukcji Organizatora Marszu w celu zapewnienia bezpieczeństwa szlaku.
Proszę zgłaszać wszelkie zauważone potencjalne zagrożenia na twoim szlaku do miejscowej rady miejskiej (City Council).

Medical details

If you plan on increasing your physical activity, answer the questions below to find out if you should consult your doctor before you start. Please read the questions carefully and respond to each one by selecting Yes or No.

Informacja Medyczna

Jeśli zamierzasz zwiększyć swoją aktywność fizyczną odpowiedz na poniższe pytania i zastanów się czy powinieneś/powinnaś skonsultować się ze swoim lekarzem przed rozpoczęciem marszów. Przeczytaj pytania uważnie i odpowiedz na nie wybierając odpowiedź tak lub nie.

Has your doctor ever said that you have a heart condition and that you should only do physical activity recommended by a doctor?

Czy Twój lekarz mówił Ci kiedykolwiek, że Twoje serce wymaga szczególnej uwagi i w związku z tym możesz wykonywać ćwiczenia fizyczne zalecane tylko przez lekarza ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

Do you feel pain in your chest when you do physical activity?

Czy odczuwasz ból w klatce piersiowej kiedy wykonujesz ćwiczenia fizyczne ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

In the past month, have you had chest pain when you were not doing physical activity?

Czy w ostanich miesiącach odczuwałeś/odczuwałaś ból w klatce piersiowej w stanie spoczynku (brak aktywności fizycznej) ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

Do you lose your balance due to dizziness or do you ever lose consciousness?

Czy tracisz równowagę na skutek zawrotów głowy i czy kiedykolwiek straciłeś przytomność ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

Do you have a bone or joint problem that could be made worse by a change in your physical activity?

Czy masz kłopoty z kośćmi lub stawami, które mogą ulec pogorszeniu pod wpływem wzmożonej aktywności fizycznej ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

Is your doctor currently prescribing drugs for your blood pressure or heart?

Czy obecnie przyjmujesz leki nasercowe lub obniżające ciśnienie ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

Do you know of any other reason why you should not do physical activity?

Czy wiesz o czymś co dotyczy Twojego stanu zdrowia a co nie pozwalałoby Ci na aktywność fizyczną?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

Are you a male and over the age of 35, and NOT accustomed to regular exercise?

Czy jesteś mężczyzną po 35-ym roku życia nie przyzwyczajonym do regularnych ćwiczeń fizycznych ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

Are you are female and over the age of 45, and NOT accustomed to regular exercise?

Czy jesteś kobietą po 45-tym roku życia nie przyzwyczajoną do regularnych ćwiczeń fizycznych ?

Yes Tak ☐ No Nie ☐

If you answered YES to any of the above medical questions, consult your doctor BEFORE you increase your physical activity. Please discuss this form with your doctor and show them the attached letter. The Heart Foundation requests that you return the signed doctor's letter along with your registration form to the Heart Foundation.

Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś 'tak' na jedno z tych pytań skonsultuj się z lekarzem zanim zaczniesz zwiększać poziom swojej aktywności fizycznej. Fundacja-Serce wymaga zaświadczenia lekarskiego dołączonego do formularzu przy rejestracji w Fundacji.

If you answered NO to all of the above questions, you can be reasonably sure that there will be no issues with increasing your level of physical activity. Start slowly and build up gradually. Common sense is your best guide.

Jeśli odpowiedziałeś/odpowiedziałaś 'nie' na powyższe pytania możesz zacząć zwiększać swój poziom fizycznej aktywności bez większych obaw. Zacznij od wolnych marszów stopniowo zwiększając dystans i prędkość. Zawsze kieruj się zdrowym rozsądkiem a unikniesz kłopotów.

You should delay an increase in physical activity if you are suffering from a cold, a fever or other temporary illness until you feel better.

Powinieneś/powinnaś unikać wzmożonej aktwności fizycznej w wypadku przeziębienia, gorączki czy innej choroby do czasu aż stan Twojego zdrowia się polepszy.

Note: if your health or circumstances change, you will need to see your doctor to check that it is still safe for you to participate in Heart Foundation Walking.

W wypadku gdy Twój stan zdrowia lub okoliczności z nim związane ulegną zmianie powinieneś/powinnaś niezwłocznie skonsultować się z lekarzem w celu ustalenia czy Twój udział w marszach Fundacji - Serce jest w dalszym ciągu dla Ciebie bezpieczny.

Terms and conditions

1. I agree to participate in Heart Foundation Walking and volunteer to act as a Walk Organiser for the Heart Foundation in accordance with the directions of the Heart Foundation.
2. I understand the program involves a range of walks, from very gentle to quite vigorous.
3. I have read and understand the Walkers Booklet and Walk Organiser Handbook.
4. I agree to comply with the Walk Organiser Handbook and will not undertake any activity, other than outlined in the Walk Organiser Handbook, including activities which involve or implies involvement with the Heart Foundation or its Funding Partners, except with prior written authority from the Heart Foundation.
5. If I am aware of any medical condition, which may be affected by the physical activity of this program, or have answered yes to any of the medical questions in the Medical Details section, then I agree to provide the Heart Foundation with doctor approval to participate in Heart Foundation Walking.
6. The Heart Foundation acknowledges and accepts its responsibilities to provide the resources and services necessary to support volunteer Heart Foundation Walking Walk Organisers.
7. I acknowledge that walkers are permitted to bring their dogs to walks and will ensure that at all times the Heart Foundation Walking With Dogs Policy is being followed and will address any issues regarding unacceptable animal behaviour immediately.
8. I acknowledge that if I am walking with my dog, I am solely responsible for my animal and for any injury or damage my animal might cause to any person or property.
9. I agree to comply with the Heart Foundation Privacy Policy and will not disclose or use personal information for any purpose other than for which it was collected.
10. I agree to immediately cease to act as a Walk Organiser on receipt of written notice from the Heart Foundation.
11. I agree to comply with these terms and conditions as may be amended by the Heart Foundation from time to time and acknowledge that the Heart Foundation will display up to date terms and conditions at www.heartfoundation.org.au.
12. I declare that to the best of my belief, the information that I have supplied on this registration form is true and correct.

Zasady Uczestnictwa

1. Wyrażam zgodę na moje uczestnictwo jako wolontariusz w marszach Fundacji - Serce w charakterze organizatora grupy w oparciu o zasady i regulamin fundacji.
2. Rozumiem, że program marszów obejmuje przedział od łagodnych aż do bardzo zaawansowanych marszów.
3. Przeczytałem i rozumiem broszurę marszów i instrukcje dotyczące organizatorów grup marszowych.
4. Zgadzam się z zasadami i regulaminem zawartym w instukcji dla organizatorów grup marszowych łącznie z działalnością związaną z Fundacją i jej sponsorów z wyjątkiem uprzednich pisemnych instrukcji otrzymanych od Fundacji-Serce.
5. Jeśli znane mi są jakiekolwiek przeszkody natury medycznej lub jeśli odpowiedziałem 'tak" na jedno z pytań w sekcji 'Informacja Medyczna" zobowiązuję się do dostarczenia zaświadczenia lekarskiego uprawniającego mnie do uczestnictwa w marszach z Fundacją-Serce.
6. Fundacja-Serce jest świadoma swoich obowiązków, w ramach których wspierać będzie materiałami i wszelką pomocą niezbędną dla organizatorów grup marszowych.
7. Przyjmuję do wiadomości, że uczestnicy grup marszowych mają prawo chodzić ze swoimi psami i ze swej strony zapewniam, że regulamin Fundacji-Serce Marsze z psami będzie przestrzegany a jakiekolwiek problemy wynikające z niepożądanych zachowań czworonogów będą natychmiast rozwiązywane.
8. Przyjmuję do wiadomości, że jeśli maszeruję ze swoim psem jestem całkowicie odpowiedzialny/odpowiedzialna za jakiekolwiek wypadki, czy zniszczenia jakie mogłyby być spowodowane przez mojego psa w stosunku do kogokolwiek lub czegokolwiek.
9. Wyrażam zgodę na stosowanie się do regulaminu o ochronie danych osobistych i zobowiązuję się do używania ich tylko w celu w jakim były one zgromadzone.
10. Wyrażam zgodę na natychmiastowe zaprzestanie mojej funkcji jako organizatora grup marszowych w wypadku pisemnego polecenia ze strony Fundacji-Serce.
11. Wyrażam zgodę na przestrzeganie regulaminu i zasad, które mogą ulegać zmianom i przyjmuję do wiadomości, że aktualnie obowiązujący regulamin i zasady będą dostępne na stronie internetowej Fundacji pod adresem: www.heartfoundation.org.au
12. Oświadczam, że zgodnie z moją wiedzą, informacje, których udzieliłem w powyższym formularzu są zgodne z prawdą.

Signature

Podpis

Date

Data

_____/_____/_____

Heart Foundation Walking

Fundacja-Serce Marsze

Date

Data

_____/_____/_____

The Heart Foundation gratefully acknowledges the support and funding for Heart Foundation Walking from the Australian Government Department of Health and Ageing. Heart Foundation Walking is also funded by the Queensland Government to get more Queenslanders active.

Fundacja Serce dziękuje za pomoc i wsparcie finansowe dla Fundacji Serce - Marsze rządowemu Departamentowi do spraw Zdrowia i Ludzi Strarszych. Fundacja Serce - Marsze jest również sponsorowana przez Rząd stanu Queensland w celu propagowania aktywności fizycznej wśród mieszkańców tego stanu.

Heart Foundation Privacy Policy

The Heart Foundation respects your privacy and has embraced the National Privacy Principles. We will only use the information provided for the purpose of administering our programs. If you have any questions about privacy, please telephone 1300 55 02 82 and ask for the Privacy Officer.

Fundacja - Serce respektuje Twoją prywatność i jest podporządkowana ogólnokrajowym przepisom o prywatności. Dane personalne będą użyte tylko do potrzeb administracyjnych związanych z programem. Jeśli masz jakiekolwiek pytania z tym związane zatelefonuj pod numer 1300 55 02 82 i poproś o rozmowę z osobą do spraw ochrony danych osobistych.

Dear Doctor

Your patient is presenting this letter because s/he is interested in participating in Heart Foundation Walking, a community based walking program developed by the Heart Foundation. Patients are advised to seek medical clearance from their doctor prior to participating in the program if they answer yes to one or more of the health screening questions on the walker registration form.

Heart Foundation Walking is facilitated by local volunteers who organise the location and times of regular group walks and attend each session. These people, referred to as Walk Organisers, do not have specific knowledge or training in relation to heart health matters. Walk Organisers simply facilitate people getting together to walk on a regular basis.

The intensity of the walks varies from very low to quite vigorous, depending on the location and the fitness level of the participants. Please discuss any relevant conditions(s) with your patient, determine his or her suitability to participate in Heart Foundation Walking, and tick the corresponding box below. Please keep a copy of this document with your client's medical records and give this form to your client to return to the Heart Foundation along with his or her registration form. If you have any questions please call 1300 36 27 87.

Yours sincerely

Dr Lyn Roberts
Chief Executive Officer - National

Szanowny panie doktorze !

Pański/a pacjent/pacjentka przedkłada ten oto list, ponieważ jest zainteresowany/zainteresowana uczestnictwem w lokalnie organizowanych marszach pod patronatem Fundacji-Serce.
Wszyscy ci, którzy odpowiedzieli "tak' na chociaż jedno z pytań zawartych w informacji medycznej a są chętni do partycypowania w marszach są informowani o konieczności konsultacji z lekarzem przed przystąpieniem do grupy marszowej.

Organizacją grup marszowych pod patronatem Fundacji-Serce zajmują się lokalni wolontariusze. Wyznaczją oni miejsce i czas grup marszowych i są obecni na każdym marszu. Ludzie ci nie mają fachowej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie chorób i problemów związanych z sercem. Organizatorzy grup po prostu grupują wszystkich chętnych do odbywania regularnych marszów.

Intensywność marszów jest zróżnicowana od wolnych do bardzo intensywnych a jest to uzależnione od miejsc tychże marszów i stopnia kondycji ich uczestników.

Uprzejmie proszę o przedyskutowanie z pacjentem i określenie jego/jej dopuszczalnego stopnia wysiłku fizycznego przez zaznaczenie odpowiedniego okienka umiszczonego poniżej.

Proszę również o zatrzymanie kopii tego listu w dokumentacji pacjenta. Oryginał zaś powinien być przedłożony wraz z formularzem rejestracyjnym w Fundacji-Serce.

Jeśli ma pan/pani jakiekolwiek pytania czy wątpliwości jestem do dyspozycji pod numerem:
1300 36 27 87 .

z wyrazami szacunku,

Dr Lyn Roberts, dyrektor

Please print your responses clearly in the space provided.

Proszę o ocenę stanu zdrowia pacjenta (drukiem) w przeznaczonej do tego celu rubryce.

Name of patient

Imię i nazwisko pacjenta

Yes, person is suitable to participate in Heart Foundation Walking.

☐ Tak, pacjent jest zdolny do uczstnictwa w grupie marszowej pod patronatem Fundacji-Serce.

No, person is NOT suitable to participate in Heart Foundation Walking and I have provided them with other suitable physical activity alternatives.

☐ Nie, pacjent nie jest zdolny do uczestniczenia w marszach pod patronatem Fundacji-Serce. Pacjentowi została udzielona porada co do rodzaju adekwatnej alternatywy w zakresie aktywności fizycznej.

Name of doctor

Imię i nazwisko lekarza

Address

Adres

Postcode

Kod pocztowy

Telephone

Telefon

Fax

Fax

Signature

Podpis

Date

Data

_____/_____/_____