



# **MOJE DYPLOMY**

Academy of Natural Health  
al. T. Rejtana 20  
35-310 Rzeszów  
REGON 381577750

(nazwa placówki kształcenia ustawicznego)

## ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Zaświadcza się, że Pan/i. **Katarzyna Monika Walas**

(imię/imiiona i nazwisko)

**[REDACTED]**

(numer PESEL<sup>1)</sup>)

ukończył/a kurs

**NATUROPATA**

(nazwa kursu)

**Intensywny kurs: teoretyczny i praktyczny / 10.2022 – 01.2025**

w wymiarze **2480** godzin prowadzony przez **Academy of Natural Health**

**al. Tadeusza Rejtana 20, 35-310 Rzeszów, Regon: 381577750**

(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego)

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 6 października 2023 r. w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 2175)

**Rzeszów, 20/01/2025**

(miejsowość, data)

Nr **#011# /20.25** r.<sup>2)</sup>

Academy of Natural Health  
ul. Rejtana 20  
35-310 Rzeszów  
REGON 381577750

*Grebyle R.*

(pieczęć i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego)

<sup>1)</sup> W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać serię i numer paszportu lub nazwę i numer innego dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.

<sup>2)</sup> Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego.

## *Academy of Natural Health*

al. Tadeusza Rejtana 20  
35-310 Rzeszów  
REGON 381577750

**3-letni program szkoleniowy (lub 2-letni intensywny) w kierunku**

### **Naturopata**

**specjalizacja: *Terapia przyczynowo-skutkowa*,  
składa się z następujących działów tematycznych:**

**Anatomia** / 320 godzin

- energetyczna budowa człowieka
- fizyczna budowa ciała ludzkiego

**Fizjologia, patofizjologia:** omawiane podczas zajęć z zakresu anatomii i/lub w kontekście ciągów przyczynowo-skutkowych powstawania i eliminacji zaburzeń prowadzących do chorób

**Homeopatia** / 200 godzin

- konstytucje, diatezy, temperament, diagnostyka homeopatyczna, leki homeopatyczne i ich praktyczne zastosowanie

**Sole Schusslera:**

- a) ich rola w budowie i funkcjach organizmu oraz praktyczne zastosowanie
- b) diagnostyka niedoboru soli na podstawie wyglądu twarzy / języka / objawów

**Dieta** / 70 godzin

- praktyczne zastosowanie różnych diet wspomagających usuwanie schorzeń

**Badania laboratoryjne** / 20 godzin

- podstawowe badania oraz interpretacja wyników

**Toksykologia leków chemicznych i ziół** / 30 godzin

- leki i substancje chemiczne mogące spowodować schorzenia, również genetyczne
- niekorzystne interakcje leków z ziołami stosowanymi w TCM

**Regulacja zaburzeń emocjonalnych** / 95 godzin

- wpływ stresu na życie i zdrowie, rodzaje stresu, substancje regulujące stres i emocje, w tym leki homeopatyczne, zioła, niektóre techniki manualne/ suplementy/ minerały
- praktyczne zastosowanie terapii kwiatowej dr. Bacha
- techniki wspomagające regulację emocji: PSI, ustawienia Hellingera, dr. Hamer - Nowa Medycyna Germańska i inne



**System nerwowy** / 140 godzin

- jako podstawowy system organizmu
- narządy zmysłu
- praktyczne zastosowanie neuroprzekaźników w regulacji systemu nerwowego
- zaburzenia pamięci, psychozy (mania, depresja, schizofrenia, zespoły lękowe)
- homeopatia i zioła adaptogenne wspomagające regulację systemu nerwowego
- zajęcia praktyczne z technik manualnych regulujących zaburzenia systemu nerwowego:
  - a) wybrane uciskowo-wibracyjne techniki manualne – służące szybkiemu usunięciu bólów głowy
  - b) klawiterapia i metoda Yamamoto z zastosowaniem klawiterapii

**System hormonalny** / 95 godzin (+ 105 godz. z TCM – wliczone w TCM)

- jako drugi podstawowy system organizmu
- główne gruczoły dokrewne i produkowane przez nie hormony
- zaburzenia systemu hormonalnego i ich regulacja
- substancje i zioła wspomagające regulację systemu hormonalnego
- biohormony i ich zastosowanie
- praktyczna regulacja systemu hormonalnego za pomocą połączonej wiedzy z zakresu endokrynologii, ludowej medycyny europejskiej, TCM, biohormonów i technik manualnych

**TCM (tradycyjna medycyna chińska)** / 1310 godzin

- zasada Yin i Yang oraz podstawowe określenia i funkcje stosowane w medycynie chińskiej
- Qi, krew, Xue i płyny – ich rola, równowaga, nadmiar, niedobór, przepływ i stagnacja
- podstawowa diagnostyka (rozpoznawanie zaburzeń) według zasad TCM
- zasady doboru ziół
- działanie ziół i ich mieszanek w przypadku określonych zaburzeń
- tworzenie formuł ziołowych
- praktyczne rozpoznawanie i regulacja zaburzeń:
  - a) systemu kostno-mięśniowego
  - b) nadnerczy, nerek i pęcherza moczowego
  - c) systemu hormonalnego
  - d) organów i par organów: śledziona-żołądka, wątroby-woreczka żółciowego, płuc-jelita grubego, serca-jelita cienkiego.

**Część praktyczna**

- 200 godzin praktycznej pracy z pacjentami: rozpoznawanie zaburzeń, dobór właściwej terapii i prowadzenie pacjentów.

**Razem 2480 godzin.**



*Grzebyk R.*

**Prezes**

Ryszard Grzebyk

(D.T.C.M.A., D.N.M. – Kanada 2006)



WYŻSZA SZKOŁA KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO

# WYŻSZA SZKOŁA KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO

[nazwa szkoły wyższej lub innej jednostki prowadzącej kształcenie]

## ŚWIADECTWO UKOŃCZENIA STUDIÓW PODYPLOMOWYCH Wydane w Rzeczypospolitej Polskiej

Pan(i) ..... Katarzyna Monika Walas .....

urodzony(a) w dniu: ..... 21.08.1981 r. .... w miejscowości: ..... Włocławek .....

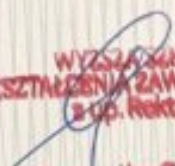
ukończył(a) w roku ..... 2024 ..... 2 ..... - semestralne Studia Podyplomowe w zakresie  
..... Dietetyki klinicznej .....

..... z wynikiem ..... bardzo dobrym .....

Rektor jednostki organizacyjnej prowadzącej  
studia lub osoba upoważniona

WYŻSZA SZKOŁA  
KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO  
Z SIEDZIBĄ W WROCŁAWIE  
Ewidencja Uczelni Niepublicznych:  
Nr wpisu: 208



  
WYŻSZA SZKOŁA  
KSZTAŁCENIA ZAWODOWEGO  
z up. Rektora  
Dominika Gałucka

Wrocław, dnia: 08.08.2024 r.

Numer świadectwa: WSKZ/SO/160/08/2024

# ŚWIADECTWO CZELADNICZE

Pani/Pan ..... **Katarzyna Monika Walas** .....

imię (imiona) i nazwisko

urodzona dnia **21.08.1981** ..... r. w ..... **Włocławku** .....

woj. .... **kujawsko-pomorskie** .....

zdała<sup>a</sup> egzamin czeladniczy przed Komisją Egzaminacyjną  
**Izby Rzemieśniczej oraz Małej i Średniej Przedsiębiorczości**  
**w Katowicach** .....

(nazwa izby rzemieśniczej)

otrzymała<sup>a</sup> ocenę ..... **bardzo dobry** ..... i uzyskała<sup>a</sup> tytuł

## CZELADNIKA

w zawodzie

**naturopata 323009** .....

(nazwa i symbol cyfrowy zawodu)

Świadectwo czeladnicze jest dokumentem potwierdzającym kwalifikacje zawodowe  
zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 22 marca 1989 r. o rzemiośle.

Nr ..... **172/2025** .....

PRZEWODNICZĄCY  
KOMISJI EGZAMINACYJNEJ

*Jan Machewicz*  
.....  
(podpis)

PREZES  
IZBY RZEMIEŚNICZEJ  
PREZES ZARZĄDU

Izby Rzemieśniczej

oraz Małej i Średniej Przedsiębiorczości w Katowicach

*Jan Klimczak*  
.....  
Prof. dr hab. inż. Piotr Klimczak



**Katowice, 06.07.2025 r.** .....

(siedziba izby rzemieśniczej, data)

Skala ocen: celujący, bardzo dobry, dobry, dostateczny, niedostateczny.



# CERTYFIKAT

## UKOŃCZENIA

*Z dumą prezentowane przez*

**Katarzyna Walas**

*pomyślnie ukończył wymagane szkolenie i ocenę, wykazując się kompetencjami i zrozumieniem w tej dziedzinie. W uznaniu tego osiągnięcia, Certified Excellence przyznaje niniejszy certyfikat.*

# PRAKTYK TERAPII ŚMIECHEM

*Certified Excellence*

Director Signature

A handwritten signature in black ink, appearing to be "N.A.", written over a horizontal line.



*Katarzyna Walas*

Podpis studenta

**Z WYRÓŻNIENIEM**

Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu  
Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego  
ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław  
kontakt@crp.wroclaw.pl,  
tel. +48 730 766 711

(pieczęć placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

## ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Zaświadcza się, że Pan/i ..... **Katarzyna Walas** .....

(imię i nazwisko)

**21.08.1981**

(data urodzenia)

**Wrocław**

(miejsce urodzenia)

**81082103661**

(numer PESEL (1))

ukończył/a kurs ..... **Probiotyki i prebiotyki** .....

..... w wymiarze **30** .....

godzin

prowadzony przez ..... **Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu** .....

**ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław**

(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

Zaświadczenie wydano na podstawie § 22 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 19 marca 2019 r.  
w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. poz. 652).

**Wrocław, 03.08.2023**

(miejscowość, data)

Nr **5764/20.23** r. (2)

**Karol Nowakowski**

*Karol Nowakowski*  
**Dyrektor**

(pieczęć i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.  
2) Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego lub centrum kształcenia zawodowego.

Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu  
Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego  
ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław  
kontakt@crp.wroclaw.pl,  
tel. +48 730 766 711

(pieczęćka placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

## ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Zaświadcza się, że Pan/i ..... **Katarzyna Walas** .....

(imię, imiona i nazwisko)

..... **21.08.1981** .....

(data urodzenia)

..... **Wrocław** .....

(miejsce urodzenia)

..... **81082103661** .....

(numer PESEL (1))

ukończył/a kurs ..... **Ayurveda - naturalna ścieżka** .....

..... **zdrowia i równowagi** .....

..... w wymiarze **30** .....

godzin

..... prowadzony przez ..... **Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu** .....

..... **ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław** .....

(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

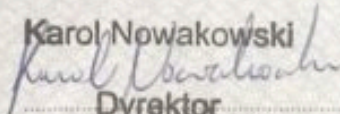
Zaświadczenie wydano na podstawie § 22 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 19 marca 2019 r.  
w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. poz. 652).

..... **Wrocław, 03.08.2023** .....

(miejscowość, data)

Nr ..... **5777/20..23** ..... r. (2)

**Karol Nowakowski**



**Dyrektor**

(pieczęćka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

- 1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.
- 2) Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego lub centrum kształcenia zawodowego.

Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu  
Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego  
ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław  
kontakt@crp.wroclaw.pl,  
tel. +48 730 766 711  
(pieczęćka placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

## ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Zaświadcza się, że Pan/i ..... **Katarzyna Walas** .....  
(imię/imiiona i nazwisko)

..... **21.08.1981** .....  
(data urodzenia)

..... **Wrocław** .....  
(miejsce urodzenia)

..... **81082103661** .....  
(numer PESEL (1))

ukończył/a kurs ..... **Hortiterapia** .....

..... w wymiarze **30** ..... godzin

..... prowadzony przez ..... **Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu** .....

..... **ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław** .....  
(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 10 października 2023 r.  
w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. poz. 2175).

..... **Wrocław, 24.05.2024** .....  
(miejsce i data)

Nr **8835/20.24** r. (2)

**Małgorzata Perczyńska**  
  
Dyrektor

.....  
(pieczęćka i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.  
2) Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego lub centrum kształcenia zawodowego.

Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu  
Niepubliczna Placówka Kształcenia Ustawicznego  
ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław  
kontakt@crp.wroclaw.pl,  
tel. +48 730 766 711

(pieczęć placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

## ZAŚWIADCZENIE o ukończeniu kursu

Zaświadcza się, że Pan/i ..... **Katarzyna Walas** .....  
(imię/imiiona i nazwisko)

..... **21.08.1981** .....  
(data urodzenia)

..... **Wrocław** .....  
(miejsce urodzenia)

..... **81082103661** .....  
(numer PESEL (1))

ukończył/a kurs ..... **Tajniki aromaterapii** .....

..... w wymiarze **30** ..... godzin

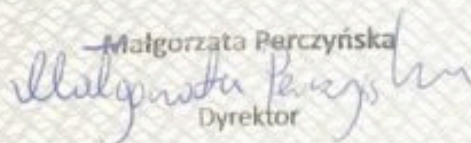
prowadzony przez ..... **Centrum Rozwoju Personalnego we Wrocławiu** .....

..... **ul. Wielka 67, 53-340 Wrocław** .....  
(nazwa i adres placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

Zaświadczenie wydano na podstawie § 23 ust. 4 rozporządzenia Ministra Edukacji i Nauki z dnia 10 października 2023 r.  
w sprawie kształcenia ustawicznego w formach pozaszkolnych (Dz. U. poz. 2175).

..... **Wrocław, 24.05.2024** .....  
(miejscowość, data)

Nr **8834/20** r. (2)

..... **Małgorzata Perczyńska** .....  
  
Dyrektor

.....  
(pieczęć i podpis dyrektora  
placówki kształcenia ustawicznego  
lub centrum kształcenia zawodowego)

1) W przypadku osoby, która nie posiada numeru PESEL, należy wpisać nazwę i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość.  
2) Wpisać numer z ewidencji zaświadczeń prowadzonej przez placówkę kształcenia ustawicznego lub centrum kształcenia zawodowego.

# FIKAT PIERWSZEJ PO

PANI .....

Katarzyna Walas

data urodzenia ..... 1981-08-21

w dniu ..... 2024-12-03 \* ukończył/a kurs z

**DZIELENIA PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNE.**

ORAZ

**UDZIELENIA PIERWSZEJ POMOCY Z UŻYCIEM  
AUTOMATYCZNEGO DEFIBRYLATORA AED**

zgodnie z wytycznymi międzynarodowymi wytycznymi dotyczący  
resuscytacji w formie Samokształcenia.

Nr zaświadczenia wg rejestru: ..... 16523/2024

\*Szkolenie ważne jest bezterminowo.

str. 1

