



המחלקה להעשרה חינוכית

תאריך הרשמה: _____

טופס רישום לקורס במרכז סקו"פ שנת תשפ"ב

ברצוני להירשם לקורס הרשום מטה:

1. שם הקורס _____ יום הפעילות _____ שעה _____

פרטי הנרשם:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ בן / בת

ת.ז. _____ תאריך לידה _____

כתובת : רחוב _____ מס' _____ עיר _____

טלפון אב _____ טלפון אם _____

טלפון תלמיד _____

בי"ס _____ כיתה _____ קופ"ח _____

פרטי הרושם

שם משפחה _____ שם פרטי _____

ת.ז. _____ ז / נ _____ קירבה לנרשם _____

דוא"ל _____

פרטי המשלם

שם פרטי _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה _____



המחלקה להעשרה חינוכית

פרטי התשלום

עבור הפעילויות לעיל, אני מתחייב לשלם סך של _____ ₪ באמצעות כרטיס אשראי מסוג _____

שמשפרו _____

תוקף _____ ו/או שיקים ב 7 תשלומים.

הנחיות לרישום

- במידה וברצוני להפסיק השתתפות בפעילות, עלי להודיע בכתב למזכירות המרכז.
- ההודעה תתבצע ע"ג טופס החזר כספים, אותו ניתן לקבל במזכירות. ההחזר יחושב בחודשים שלמים מתום החודש בו נתקבלה ההודעה, לא יוחזרו עלויות חומרים, חוברות וערכות.
- אין ביטולים בחודשים אפריל, מאי יוני
- ידוע לי כי על פי נהלי הרשת אין החזרי כספים עבור היעדרות מחוג מסיבה כלשהיא, למעט מקרים של סיכול וכוח עליון.
- אני מתחייב לסלק כל חוב בגין תשלום שלא כובד תוך שבוע ימים ממועד התשלום המקורי. במידה ולא סולק החוב, ידוע לי שההשתתפות בפעילות תופסק.
- בחתימה על מסמך זה הריני מסכים כי רשת קהילה ופנאי תשתמש בפרסום וביחסי הציבור שהיא עושה בתמונות שלי, או של ילדי, שצולמו במהלך פעילות ברשת. במידה ולא, נא למחוק את הסעיף.
- בחתימה על מסמך זה הריני מאשר לרשת קהילה ופנאי לשלוח אליי דברי פרסומת. בנוגע לפעילות הרשת. (במידה ולא נא למחוק את הסעיף)
- במידה ומשתתף נכנס לבידוד והחוג ממשיך להתקיים – לא יתקבל החזר עבור תקופת הבידוד.
- במידה ועקב הנחיות משרד הבריאות כל החוג נשלח לבידוד - השיעורים יעברו לזום במחיר החוג או יוחזרו במהלך שנת הפעילות. בכל מקרה אחר יופסק החיוב עד לחזרת החוג לפעילות.
- במידה ויתקיים סגר כללי ו/ או תפורסמה הנחיות ממשלה האוסרות על קיום החוג/הפעילות, החוג יעבר לפעילות בזום בעלות של 70% ממחירו החודשי. שיעורים פרטיים יתקיימו במחיר המלא. במידה והחוג לא יעבור לזום יופסק החיוב עד לחזרת החוג/הפעילות.

תאריך: _____ חתימה: _____



המחלקה להעשרה חינוכית

הצהרה בריאות - על מצב בריאותו שלי או של בני/בתי המשתתף בפעילות

שם הילד/ שם הנרשם _____ ת.ז. _____

אני מצהיר/ה כי: סמן בעיגול את האפשרות המתאימה

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות ממני/ בני / בתי להשתתף בפעילות.

2. יש לי/ לבני / לבתי מגבלה בריאותית אשר מונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות כדלקמן:

פעילות גופנית/ טיולים/ פעילות אחרת:

תיאור המגבלה:

מצורף אישור רפואי שניתן על ידי: _____

לתקופה: _____ המאפשר לעשות פעילות מסוג: _____

שם, כתובת ומספר טלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

3. אני מתחייב/ת להודיע למדריך/ת הפעילות על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאותי שלי/של בני /של בתי.

אני אחראי/ת להנחות את המדריך/ה להגיש את העזרה הראשונה במקרי חירום.

תאריך	שם ההורה	ת.ז של ההורה	חתימת ההורה
-------	----------	--------------	-------------