**טופס הרשמה קורס קיץ ורטיגו 2019**

יש למלא **במחשב או בכתב ברור** ולשלוח הקובץ במייל לכתובת [office@vertigo.org.il](mailto:office@vertigo.org.il)

**פרטי המשתתף:**

שם מלא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

גיל: \_\_\_\_\_\_\_\_ | כיתה: \_\_\_\_\_ | מקום לימוד נוכחי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מין: נקבה/זכר

כתובת מגורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | מס' נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רקע במחול (שנים ותחום)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המורה הממליץ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי הורים:**

שם ההורה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל' נייד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

מייל :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עליכם תחילה לשלוח את הטופס המלא למייל office@vertigo.co.il , ולהסדיר את התשלום בטלפון: 02-9900235 או בקישור שנשלח אליכם

**אישור הורה:**

הריני לאשר את השתתפות בתי / בני בפעילות קורס קיץ למחול ורטיגו ומצהירים כי היא/הוא כשיר/ה לפעילות גופנית.

שם ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנו נותנים את הסכמתנו לכך שצילומים מהקורס בהם מופיע/ה בני/בתי יתפרסמו בפייסבוק / אתר של ורטיגו.   
(להקיף) **כן / לא**

שם ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הצהרת בריאות:**

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי אני / בני / בתי בריא, וכי על פי מיטב ידיעתי אין כל מגבלה רפואית/בריאותית או נכות כלשהיא העלולה להזיק לי או לסכן אותי/בני/בתי במהלך השיעורים וכי אני/בני/בתי כשיר/ה להשתתף בפעילות גופנית. אני מתחייב לדווח על כל בעיה זמנית או קבועה במידה ותתעורר בהמשך.

שם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גיל:\_\_\_\_\_ חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_:

במידה וקיימת בעיה בריאותית או נכות כלשהיא עליך למלא סעיף זה: אני מצהיר כי אכן קיימת בעיה בריאותית, נכות או מחלה ממנה סובל/ת בני/בתי והיא: אני מתחייב ליידע גם בעל פה על בעיה זו לפני תחילת השיעור. על מנת להמשיך את השתתפותי אני מתחייב להביא חוות דעת רופא המאשר כי אין סיכון בכך שאשתתף במפגשי רפרטואר בהתחשב בבעיה הרפואית הנ"ל. אני מסיר בזאת כל אחריות מלהקת מחול ורטיגו ו/או ממנחי המפגשים לגבי נזקים העלולים לנבוע מהשתתפות בני/בתי בשיעורים והקשורים למגבלתו הרפואית.

שם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטים כלליים:**

הרשמה לקורס תתבצע עם הסדרת התשלום – לא יתאפשר שריון מקום בקורס מבלי להסדיר תשלום באמצעות כרטיס אשראי או צ'קים.

**ביטולים והחזרים:**

במקרה של ביטול הרשמה עד שבוע לפני תחילת הקורס, ייגבו דמי ביטול בסך 120 ₪ .

משבוע לפני תחילת הקורס עד לתחילתו, ייגבו כ -50% מהתשלום .

על פרישה במהלך הקורס, בשל סיבה שאינה בעיית בריאות, לא יוחזר התשלום.

לאחר מילוי הטופס ושליחתו אנא התקשרו להסדיר תשלום במשרד: 02-9900235

נשמח לקבל את שיחתכם ☺