**טופס הרשמה קורס קיץ בינלאומי לנוער 12-16.7.2020**

יש למלא במחשב או בכתב יד ברור ולשלוח הקובץ במייל לכתובת **office@vertigo.org.il**

**פרטי משתתף:**

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

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

מין: נקבה/זכר

מקום מגורים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מס' נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
מייל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
רקע במחול (שנים ותחום)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי הורה:**

שם ההורה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' נייד\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_:

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

**אישור הורה:**

הריני לאשר את השתתפות בתי / בני בקורס קיץ בינלאומי לנוער בורטיגו

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

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

**הצהרת בריאות:**אני החתום מטה מצהיר בזאת כי אני / בני / בתי בריא/ה, 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**במידה וקיימת בעיה בריאותית או נכות כלשהיא עליך לחתום על 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטים כלליים:**

**אנחנו מקיימים אורח חיים אקולוגי וצמחוני בכפר האמנות, כמו כן מערכת מים אפורים. נבקש לא להביא עמכם מוצרים כגון סבונים לא אקולוגיים, כלים חד פעמיים או בשר.**

**הרשמה לקורס תקפה בעת הסדרת תשלום עבור השתתפות בלבד.**

**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 בריאותית, לא יוחזר התשלום.

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