

טופס אישור הרשמה קייטנות פסח

מחיר: 650 ש"ח

6/4 – 2/4

בין השעות: 8:30 – 13:30 (א'ה')

פרטי הילד/המשתתף:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ בי"ס _____ כתיב _____

ת.ז. _____ תאריך לידה _____ בת/בן _____ קופ"ח _____

כתובת _____

פרטי ההורים (ראש משפחה):

שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	טלפון בית	טלפון נייד / עבודה	אם
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	אב
דוא"ל (e-mail): _____					טלפון למקרה חירום: _____

תנאי תשלום:

- הנחות: 10% הנחה עבור ילדי חוגים של המוזיאון או 10% הנחה עבור רישום ילד/ה שניה (אין כפל הנחות)
- על ביטול השתתפות יחולו דמי ביטול בסך 10% מרגע ההרשמה
לא יינתן החזר כספי מיום תחילת הקייטנה

אופן תשלום: המחאה / בכרטיס אשראי / במזומן **מראש**

תוקף	מספר הכרטיס	סוג כרטיס האשראי
_____	_____	_____
_____	_____	שם בעל הכרטיס
_____	_____	תעודת זהות

הצהרת ההורים על מצב בריאותו של ילדם המשתתף בקייטנה/סדנאות.

אני מצהיר בזאת כי:

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה/בסדנאות.
2. יש לבני/לבתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה/בסדנאות כדלקמן:
פעילות גופנית: _____
פעילות אחרת: _____
תיאור המגבלה: _____
מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____
3. יש לבני /לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').
מצורף אישור רפואי שניתן ע"י _____ לתקופה של _____
4. בני /בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה: סוג התרופה: _____
תיאור אופן הטיפול: _____
5. בני/בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/עצמה בציוד הרפואי הבא (משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכו')

6. חשוב לי ליידע את המוזיאון שבני/בתי: _____

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה _____