

**טופס הרשמה בית ספר למחול אדואנס 2019-20**

**פרטים אישיים:** שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
גיל: \_\_\_\_\_ גן/כיתה (אנא פרטו טרום טרום/טרום חובה/חובה): \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_  
מייל (אנא כיתבו בכתב ברור, ישמש לתקשורת והודעות בנוגע לסטודיו)  
\_\_\_\_\_

**רוקדת במגמת המחול (הקף בעיגול):**

מסלול גנים טרום חובה/ חובה

כיתות א-ב בלט קלאסי/ג'אז צעיר

מיני מסלול כיתות ג-ד: בלט קלאסי/ג'אז לירי/היפהופ

כיתות ה-י"ב מסלול מקצועי/פתוח: בלט קלאסי/מחול מודרני/ ג'אז לירי/ היפהופ/טכניקה חיזוק וגמישות/פוינט/קומפוזיציה/להקת מצוינות (ימי שישי- כיתות ז ומעלה).

(סמנו את השיעורים הנבחרים)

**הסדרי תשלום:**

שכר הלימוד החודשי לתוכנית שנקבעה: \_\_\_\_\_ ₪.

**שכבת ז-י"ב: ביתי לוקחת/לא לוקחת** חלק במסלול מצוינות להקה בימי שישי. תוספת של 130 ₪ לחודשים נוב-יוני.

- מצורף תשלום במזומן בסך \_\_\_\_\_ ₪ עבור חודשים \_\_\_\_\_
- מצ"ב 10 המחאות לפקודת אדוה בלק בסך \_\_\_\_\_ ₪ כל אחת לתאריך 1 או 10 לכל חודש.
- אני מעוניין לבצע עסקה בכרטיס אשראי מסוג \_\_\_\_\_ (אין אפשרות להשתמש בכרטיס של אמריקן אקספרס וכרטיס של דינרס), בהוראת קבע למספר של 10 חודשים.  
מספר כרטיס \_\_\_\_\_ תוקף כרטיס \_\_\_\_\_

3 ספרות בגב כרטיס \_\_\_\_\_ ת.ז. של בעל הכרטיס \_\_\_\_\_

- מצורף תשלום הביטוח בסך 100 ₪ במזומן/צ'ק/ אבקש לצרף את תשלום הביטוח לחודש ספטמבר להוראת הקבע באשראי.

**החזרים וביטולים:** הנני לאשר כי אני מודעת/ת ומקבלת/ת את תנאי החזרי התשלום ודמי הביטול כדלקמן:

1. החזרי תשלום יבוצעו עבור חודשים מלאים, החל מחודש העוקב להודעת הביטול.
2. דמי הביטוח בסך 100 ₪ לא יוחזרו בכל מקרה.
3. למבטלים החל מחודש אפריל לא יינתן החזר כספי עבור החודשים מאי ויוני.
4. ידוע לי כי מופע סוף השנה של ביה"ס למחול יתקיים במהלך חודש יוני/ תחילת יולי וכי כל האורחים (כולל ההורים) נדרשים לקנות כרטיסים למופע. (עלות כרטיס כ- 30 ₪).

**הצהרה על בריאות:**

הנני מאשרת/ת כי לבני/בתי הרשום לעיל אין מגבלות רפואיות המונעות ממנו/ה לקחת חלק בכל פעילויות המחול בסטודיו, ובכלל זה כל פעילות גופנית מכל סוג שהיא. במידה ותהיה מגבלה רפואית אני מתחייב לדווח בהקדם האפשרי.

הערות בריאות במידה ויש: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם מלא של ההורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_