



## טופס הרשמה בית ספר למחול אדוואנס 2020-2021

**פרטים אישיים:** שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_  
גיל: \_\_\_\_\_ גן/כיתה: \_\_\_\_\_  
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 צעיר: חובה-א

כיתות ב-ג בלט קלאסי/ג'אז צעיר

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

כיתות ו-י"ב **מסלול מקצועי/פתוח:** בלט קלאסי/מחול מודרני/ג'אז לירי/היפהופ/טכניקה חיזוק וגמישות/פוינט/קומפוזיציה/להקת מצוינות (ימי שישי- כיתות ח ומעלה). (סמנו את השיעורים הנבחרים)

### הסדרי תשלום:

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

**שכבת ח-י"ב: בתי לוקחת/לא לוקחת** חלק במסלול מצוינות להקה בימי שישי. תוספת של 130 ₪ לחודשים נוב-יוני. הלהקה תתחיל לעבוד ב 16/10/2020, תשלום הלהקה עבור אוקטובר יהיה 65 ₪- מחצית חודש.

- מצורף תשלום **במזומן** בסך \_\_\_\_\_ ₪ עבור חודשים \_\_\_\_\_
- מצ"ב **10 המחאות** לפקודת אדווה 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/ומקבלת 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 מאשר/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: \_\_\_\_\_