



פנאי העיר חדרה
יצירה | קהילה | מצוינות

חוזה רישום לקייטנות הקיץ תשע"ט 2019

נא למלא את כל הפרטים בטופס

פרטי הילד הנרשם:

שם משפחה _____: שם פרטי _____: ת.ז. _____: מין: ז/נ
 רחוב ומס _____ ת.ד. _____ ישוב _____
 שם האם _____: ת.ז. אם _____: טלפון נייד _____
 שם האב _____: ת.ז. אב _____: טלפון נייד _____
 דואר אלקטרוני _____

לילד/ה יש סייעת רפואית | משלבת . מידת חולצה XL L M S

הילד/ה יודע לשחות | הילד/ה לא יודע לשחות

הילד/ה בעלת רגישות למזון כן/ לא | במידה והילד/ה בעלת רגישות למזון אנא פרט מהי _____

במידה ויש לילד אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת לתלמיד בעל אלרגיה מסכנת חיים".

איך הגעת אלינו? אתר פנאי העיר / אתר עירייה / מכוון / עיתון / המלצה / סמס / _____

אנא ציין את פרטי הקייטנה:

גן/ בית ספר + כיתה: _____ תאריכי הקייטנה _____

שעות הקייטנה: _____ עלות הקייטנה _____

לאמצעי תשלום סמן V : מזומן צ'קים לאומי קארד ישראלכרט ויזה

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

מס' הכרטיס _____ / _____ / _____ / _____ / _____ תוקף הכרטיס _____ / _____

ניתן לשלם עד 2 תשלומים, כאשר מועד התשלום האחרון יהיה יולי 2019. יש להקיף בעגול מס

תשלומים רצוי 1 2

הנני מאשר כי קראתי את נהלי ההרשמה ופרטי הקייטנה ידועים לי ובהסכמתי.

אני החתום מטה מצהיר בזאת שקיבלתי את המידע בגין הקייטנה, תנאי ההרשמה, ביטולים והנחות, ואני מתחייב למלא אחר תקנות היחידה.

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימת ההורה/הורים _____

נהלי קייטנת קיץ תשע"ט 2019 - פנאי העיר חדרה

כללי

1. פתיחת וסגירת קייטנה מותנית במינימום נרשמים.
2. ההנהלה תהיה רשאית לפי שיקול דעתה לשנות או לבטל הקייטנה.
3. במקרה של ביטול קייטנה במלואה על ידי ההנהלה יוחזר הכסף לנרשמים.
4. משפחה החייבת כספים לעמותת פנאי העיר חדרה, לא תורשה להשתתף בקייטנות.
5. עבור המחאה שחזרה יחויב הלקוח בכיסוי הוצאות על סך 10 ₪ .
6. עמותת פנאי העיר חדרה אחראית על ילדי הקייטנות המשתתפים בפעילות, **בשעות הפעילות** של הקייטנות **בלבד**.

7. הנהלת הקייטנה שומרת לעצמה את הזכות להפסיק את פעילותו של כל משתתף

עקב בעיית משמעת או בגין פגיעה בפעילות השוטפת של הקייטנה.

8. לעמותת פנאי העיר חדרה שמורה הזכות לשינויים בתכנים ובתוכניות הקייטנה בהתאם לאילוצים ביטחוניים ו/או בטיחותיים ו/או לוגיסטיים וכיוצ"ב.
9. ידוע לי כי פעילות העמותה מצולמת ואני מאשר/ת בחתימתי את פרסום תמונות בני/ בתי בערוצי המדיה השונים ובפרסומים עתידיים של פנאי העיר חדרה. בנוסף, אני מאשר קבלת מידע שיווקי לגבי פעילויות פנאי העיר חדרה במייל, SMS וכו'.
10. **ההורים מתחייבים לחתום על כתב התחייבות לקליטת ילד עם מוגבלות רפואית בצהרון (נספח נפרד). במידה ויש לילד אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת לתלמיד בעל אלרגיה מסכנת חיים".**
11. **במידה ומדובר ברישום ילד/ה להורים גרושים/ פרודים וכיוצ"ב- הריני מצהיר כי הרישום לפעילות על דעתו ובהסכמתו של ההורה השני של הילד. ככל שאין הסכמה- באחריות ההורים לפנות למוקד השירות לתושב 04-9118806 להמשך רישום.**
11. תלמיד ייחשב רשום רק לאחר תשלום. דמי ההרשמה הם לכל פרק זמן. אין החזרת דמי הרשמה לאחר תחילת הפעילות.
12. הפרטים על גבי טופס הרישום הינם עדכניים ונכונים.

חיסורים- התשלום בגין הפעילות הינו עבור קייטנה מלאה ומשתתף לא יזכה בגין השתתפות חלקית.

תנאי תשלום- התשלום לקייטנה ייעשה באמצעות המחאות, כרטיס אשראי או במזומן.

ביטול השתתפות

1. **ניתן לבטל השתתפות עד שבוע לפני פתיחת הקייטנה.** בקשות לביטול רישום/ הפסקת הפעילות בקייטנה יטופלו אך ורק לאחר בקשת ביטול מנומקת בכתב במוקד שירות התושב של העמותה ברחוב הלל יפה 26 בחדרה. ניתן לשלוח בקשת ביטול מנומקת באמצעות המייל Pnay@pnay.org.il ובמקרה זה באחריות ההורים לוודא קבלת המייל וביטול בפועל, ככל שניתן. לא יתאפשר ביטול טלפוני. ללא הודעות בכתב ייחשב המשתתף כממשיך בקייטנה.

שם ההורים _____ תאריך _____ חתימה _____

טופס הצהרת בריאות לקייטנת קיץ 2019

שם הילד/ה: _____ שם פרטי _____ שם משפחה _____ מספר ת.ז. _____ גן/כיתה _____

אני מצהיר/ה בזאת כי (סמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
2. יש לבני/בתי מגבלות בריאותיות המונעות השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הקייטנה ומטעמו כדלקמן:

- פעילות גופנית: _____
- טיולים: _____
- פעילות אחרת: _____
- יש לבני/בתי בעיה בריאותית כרונית (כגון: אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכדו').
לא/כן פרט: _____
- בני/בתי נוטל/ת תרופה/ות באופן קבוע: לא/כן פרט: _____
- בני/בתי סובל/ת מרגישות לתרופות או למזון. לא/כן פרט: _____
- מצורף אישור רפואי המעיד על הבעיה הבריאותית/הרגישות לתרופה או למזון והמתאר את מהותה, שניתן ע"י: _____ לתקופה: _____
- אני מתחייב/מתחייבת להודיע לרכז/ת על כל שינוי או הגבלה זמניים שיחולו במצב הבריאות של בני/בתי.
- אני מאשר/ת מתן מידע רלוונטי למורים ו/או לצוות הבריאות המופקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני לידע אודותיו את בית הספר: _____
- **השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית:**

תאריך _____ שם ההורים _____ חתימת ההורים _____