

הסכם השתתפות "בייבי פנאי" לשנת תשפ"ד 2023/24

שם הילד/ה: _____ שם משפחה _____

ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____ כתובת: _____
האם הילד/ה בעל/ת רגישות למזון? כן / לא, במידה וישנה רגישות למזון אנא פרט מהי _____

הורה 1: _____ ת.ז.: _____ סלולר: _____

הורה 2: _____ ת.ז.: _____ סלולר: _____

כתובת מייל: _____

פרטי המשלם ואמצעי התשלום:

- לא ניתן לשלם עם כרטיסי אשראי מסוג אמריקן אקספרס, דיינרס ודיירקט(חיוב מידי).

מספר כרטיס אשראי: _____ / _____ / _____ / _____ תוקף: _____ סוג כרטיס: _____
שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז. בעל הכרטיס: _____

נרשם ביחידה - יש להקיף בעיגול: תינוקיה / פעוטון / פעוטוגן.

עד השעה: 17:00 / 16:00 .

כללי:

1. הפעילות תתקיים במהלך כל תקופת שנת הלימודים בתאריכים: **01.09.2023 ועד 10.08.2024**.
למעט בזמני החופשות המצוינים בלוח החופשות שיינתן בתחילת השנה.
שעות הפעילות בפעוטון הינם בימים א-ה בין השעות 07:05-16:00 ובימי ו' בשעות 07:05-12:30
יש אפשרות לתשלום נוסף עד השעה 17:00 .
2. העשרה – יינתן חוג העשרה אחד מידי שבוע.
3. הולכת ילד/ה לפעוטון ואו ממנה, תעשה ע"י ההורים ובאחריותם המלאה. מסירת ילד/ה לאחר תאסר, אלא אם ינתן לכך אישור בכתב מההורים.
4. כל הגעה לאיסוף הילד/ה מהמעון לאחר השעה הנקובה תחשב כאיחור. הורה שאיחר יגבה ממנו סכום של 15 ₪ מ-10 דקות איחור 30 ₪ .
5. קבלת ילד/ה לפעוטון מותנית בתשלום בסך 150 ₪ דמי רישום וביטוח (שלא יוחזרו) וכן הסדר תשלום שנתי למפרע מחודש ספטמבר ועד אוגוסט כולל.
6. עבור פעילות בין השעות **07:05-16:00 תינוקיה ופעוטון**-סך של **2805 ₪** לחודש. **פעוטוגן**- **2475 ₪** לחודש. עבור פעילות בין השעות **07:05-17:00 תינוקיה ופעוטון**-סך של **3025 ₪** לחודש. **פעוטוגן**- **2805 ₪** לחודש.
* ילד המתקבל בין ה-1 לחודש ועד ה-15 לחודש – יחויב בתשלום מלא.
* ילד המתקבל בין ה-15 לחודש ועד ה-30 לחודש – יחויב ב 50% מהתשלום לאותו חודש.

פרטי היחידה

נא לשלוח לפקס מספר 04-6200630 טלפונים ביחידה: 04-6202604 / 04-6202750

- בקשות לביטולים יוגשו בהתראה של 30 יום מראש בכתב, בקשות לביטולים יטופלו אך ורק לאחר מילוי טופס ביטול והגשתו לעמותה. יש לוודא כי הבקשה נקלטה בעמותה. לא יעשו ביטולים בטלפון. בקשת ביטול חייב בתשלום עבור החודש העוקב לחודש שבו הוגשה הבקשה (הילד/ה יהיו רשאים לשהות בפעוטון בחודש זה). יודגש כי לא יוחזרו דמי הרישום בסך 150 ₪, וכן במידה והביטול יתקבל לאחר 01.07.2023, תבוצע גבייה עבור חודש ספטמבר 2023.

7. העמותה תהייה רשאית להחליט שלא להפעיל את הפעוטון במתכונתו הנוכחית במידה והיו פחות מ 5 ילדים .
8. ההורים מתחייבים כי לא ישלחו ילד/ה לפעוטון אם הילד/ה לא מרגיש/ה טוב, חולה, סובל/ת מחום, דלקת עיניים, שלשול, או כל מחלה אחרת וכי החזרת הילד/ה רק לאחר 24 שעות בהן לא סבל משום תסמין של חולי ועם אישור רפואי כתוב וחתום מרופא הילדים מעל 4 ימי היעדרות, המעיד שהילד/ה בריא/ה ויכול/ה להיות בחברת ילדים ובכל מקרה מוסכם בזאת כי חובה על ההורים להגיע מייד עם הדרישה לאסוף את הילד/ה שחולה ו/או לא מרגיש טוב. אחריות מכל מין ו/או סוג כלשהיא, במשלוח ילד/ה חולה ו/או שאינו מרגיש בטוב, חלה על ההורים בלבד.
9. באם ילד/הורה מוכנס לבידוד ו/או חלילה חולה בקורונה, יש לדווח מיידית למנהלת הפעוטון.
10. בכל מקרה של העדרות הילד/ה מהפעוטון ישולם מלוא שכר הלימוד בגין תקופת היעדרות.
11. העמותה שומרת לעצמה את הזכות להפסיק את השתתפותו של ילד/ה מפאת חוסר התאמה, תינתן התראה להורים שבוע ימים מראש. גביית תשלומים בגין השתתפות בפעוטון תיפסק החל ממועד הפסקת ההשתתפות ואילך.
12. העמותה שומרת לעצמה את הזכות לשנות את מחירי שכר הלימוד בפעוטון במקרה של התייקרויות חריגות.
13. 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/ת קבלת מידע שיווקי לגבי פעילויות פנאי העיר חדרה במייל, SMS וכ"ו.
14. 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 למזכירות הפעוטון להמשך רישום.
15. התשלום יבוצע בעת ההרשמה בכרטיס אשראי או המחאות דחויים עבור כל השנה. במקרה של המחאה חוזרת או ביטולה, תגבה העמותה עמלה+ריבית פיגורים כפי שנהוג.
16. ניכוי תשלום עבור הפעוטון יעשה בתנאים קבועים ואחידים ע"י העמותה ומידי חודש בחודשו. זמן הפירעון לא יאוחר מ-15 לחודש בלבד.
17. אנו מסכימים כי אם לא נעמוד במלוא התשלומים או במי מהם, תהיה העמותה רשאית להפסיק את פעילות הילד/ה בפעוטון לאחר מתן התראה של שלושה ימים.

ולראייה באנו על החתום :

_____	_____	_____
טלפון	מספר ת.ז.	שם האב/האם וחתימה
_____	_____	_____
תאריך לידה	מספר ת.ז.	שם הילד/ה

פרטי היחידה

נא לשלוח לפקס מספר 04-6200630 טלפונים ביחידה : 04-6202604 / 04-6202750

הצהרה ומידע על בריאות הילד

1. לא ידוע לי על בעיה ו/או מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת ממנה סובל/ת בני/בתי והמחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד ביחידה.
2. לבני/בתי מגבלה בריאותית ו/או מגבלה אחרת המחייבת התייחסות ו/או טיפול מיוחד ביחידה: _____
3. במידה ויש לילד/ה אלרגיה מסכנת חיים, יש לפנות למוקד העמותה ולמלא "ערכת קליטה מיוחדת" לילד/ה בעלת אלרגיה מסכנת חיים.
4. הנני מתחייב להודיע לאחראית באופן מיידי על כל שינוי במצבו הבריאותי של בני/בתי.
5. במקרה של חוס גבוה הנני מתחייב לבוא לקחת את בני/בתי במהירות האפשרית.
6. ההורים מצהירים כי ברור להם שעל פי הנחיות משרד הבריאות, חל איסור על צוות הגן לתת לילד/ה תרופות כלשהן.

<u>אישור לשעת חירום - עזרה ראשונה ופינוי לבית החולים</u>	
אני החתום מטה מאשר כי הילד/ה _____, עלולים לקבל טיפול חירום על-ידי איש החינוך האחראי ביחידה.	
כמו כן, הנני מאשר פינוי בשעת הצורך לבית החולים במכונית או באמבולנס, על-ידי אחד מהצוות.	
רופא מטפל: _____	קופ"ח _____
תרופות שגרתיות: _____	
סוג דם: _____	
אלרגיות לתרופות מסוימות: _____	
אלרגיות למזון מסוים: _____	
מצב בריאותי מיוחד: _____	
שם ההורה _____	חתימה _____
	תאריך X _____

הערות/טלפונים נוספים לשעת חירום: _____

אני החתום מטה מצהיר בזאת כי כל הנתונים שנמסרו נכונים.

שם ההורה _____ חתימה _____ תאריך X _____

פרטי היחידה

נא לשלוח לפקס מספר 04-6200630 טלפונים ביחידה: 04-6202604 / 04-6202750