

ערכת רישום לקייטנות

נא למלא את כל הפרטים בטופס פרטי הילד הנרשם:

שם משפחה _____: שם פרטי _____: ת.ז. _____ מין: ז/נ

רחוב ומס' _____ ת.ד. _____ ישוב _____

הורה 1 _____ ת.ז. _____ טלפון נייד _____

הורה 2 _____ ת.ז. _____ טלפון נייד _____

דואר אלקטרוני: _____

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

הילד/ה לומד/ת בחינוך רגיל | לומד בחינוך המיוחד (נא לסמן את האופציה הנכונה)

האם לילד/ה יש סייעת צמודה? אם כן, האם רפואית או משלבת? _____

הילד/ה בעלת רגישות למזון כן/ לא | במידה והילד/ה בעלת רגישות למזון אנה פרט: _____

אנא ציין את פרטי הקייטנה:

א. מרכז פנאי/גן/בית ספר + כיתה: _____

ב. תקופת הפעילות: _____

ג. עד השעה: _____ ד. עלות הקייטנה: _____

פרטי המשלם ואמצעי התשלום:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ עלות הקייטנה _____

לאמצעי תשלום סמן V :

מזומן צ'קים לאומי קארד ישראלכרט ויזה

• לא ניתן לשלם עם כרטיסי אשראי מסוג אמריקן אקספרס, דינרס ודיירקט (חיוב מיידי)

שם בעל הכרטיס _____ מס' ת.ז. _____

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

ספרות בגב הכרטיס: _____

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 קייטנות- פנאי העיר חדרה

יודגש כי הקייטנה ובכלל זה העלויות, התאריכים, מתווה ואופן ההפעלה, התכנים וכל הקשור לקייטנה כפופים להוראות הרשמיות של הממשלה, פיקוד העורף וכיוצ"ב.

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. כל עמלה המושתת על העמותה כתוצאה מהחזר/ביטול חיוב, תושת על הלקוח.
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. **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 יזוכה בגין השתתפות חלקית.

תנאי תשלום

התשלום לקייטנה ייעשה באמצעות המחאות, כרטיס אשראי או במזומן.

ביטול השתתפות

1. בקשות לביטול רישום/ הפסקת הפעילות בקייטנה יוגשו **עד 5 ימי** עבודה לפני פתיחת הקייטנה והן תטופלנה אך ורק לאחר בקשת ביטול מנומקת באמצעות טופס מקוון באתר האינטרנט של פנאי העיר, או באמצעות טופס ביטול במוקד שירות התושב של פנאי העיר ברחוב הלל יפה 26 בחדרה. לפרטים נוספים ניתן לפנות במייל למוקד השירות Pnay@pnay.org.il, באחריות ההורים לוודא קבלת המייל וביטול בפועל, ככל שניתן. לא יתאפשר ביטול טלפוני. ללא הודעות בכתב ייחשב המשתתף כממשיך בקייטנה.

שם ההורים _____ תאריך _____ חתימה _____

הצהרת בריאות

- ההורים מצהירים בזה כי בריאות ילדם תקינה ואין שום מניעה או מגבלה רפואית העשויים למנוע את השתתפותו בקייטנה ו/או להגבילו מלהשתתף בפעילות הקייטנה.
2. על ההורים האחריות למסור לצוות העמותה, **מראש**, מידע מלא על בריאות הילד, לרבות ציון **רגישויות, מגבלות, בעיות, מחלות כרוניות או הפרעות אחרות** מהן סובל הילד, בצירוף אישור רפואי, כאמור, המהווה תנאי לקבלת הילד לקייטנה.
3. ההורים מתחייבים לחתום על כתב התחייבות לקליטת ילד עם מוגבלות רפואית בקייטנה (נספח נפרד). **במידה ויש לילד אלרגיה מסכנת חיים, יש למלא "ערכת קליטה מיוחדת לתלמיד בעל אלרגיה מסכנת חיים" באתר של פנאי העיר חדרה . לפרטים 04-9118806.**
4. ההורים מתחייבים לא לשלוח לקייטנה את הילד, אם הוא חש שלא בטוב או סובל מחום, דלקת עיניים, מחלות מעיים ו/או כל מחלה אחרת.
5. ההורים יתייצבו בקייטנה מיד עם קבלת דרישה מצוות הקייטנה לאסוף את הילד, אם התברר במהלך יום הפעילות כי הוא סובל ממחלה או שאינו חש בטוב. ההורים ימסרו לעמותה ולצוות הקייטנה פרטים מלאים ומספרי טלפון שבאמצעותם ניתן להשיגם במשך שעות היום ויקפידו לעדכן את העמותה על כל שינוי בפרטים אלו.
6. ההורים מצהירים כי ברור להם, שעל פי הנחיות משרד הבריאות, חל איסור על צוות הקייטנה לתת לילד תרופות כלשהן.
7. הוצאות שתידרש העמותה להוציא עקב צורך בטיפול חירום לילד, ישולמו במלואן על ידי ההורים.
8. ילד חולה לא יורשה להיות בקייטנה, ובכלל זה אך לא רק ילד משתעל, מנוזל, מקיא, משלשל, כאבי גרון, כאבי בטן, חולשה ועייפות.
9. ילד יורשה לחזור לאחר מחלה רק לאחר 24 שעות בהם לא סבל משום תסמין של חולי, ועם אישור רפואי כתוב וחתום מרופא הילדים מעל 4 ימי היעדרות.
10. באם ילד/ הורה מוכנס לבידוד ו/או חלילה נמצא חולה בקורונה יש לדווח מיידית לרכזת הקייטנה.
11. הבאה/ לקיחת ילדים ע"י הורים/ מלווים מורשים- עד פתח המתחם .

שם ההורים _____ תאריך _____ חתימה _____

טופס הצהרת בריאות לקייטנות

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 המוקדים על הנושאים הכרוכים בכל הקשור למצב הבריאות של בני/בתי.
- להלן מידע נוסף לגבי בריאות ילדי שברצוני ליידע אודותיו את בית הספר: _____
- השם, הכתובת ומספר הטלפון לפנייה בשעת מצוקה בגין המגבלה הבריאותית: _____

חתימת ההורים

שם ההורים

תאריך