

# מועדון קהילת המחול Dance Community Club

## MT-POINT 2K19

### טופס רישום

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ מין: ז / נ כיתה: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

מייל המשתתף/ת: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד של ההורה: \_\_\_\_\_

ת.ז. ההורה: \_\_\_\_\_

מייל ההורה: \_\_\_\_\_

שם בית הספר למחול/סטודיו ומיקום: \_\_\_\_\_ שם מנהל הסטודיו: \_\_\_\_\_

מצורף תשלום בסך: \_\_\_\_\_

אשראי  מזומן  צ'קים  העברה בנקאית  תשלום בטלפון באשראי

טל' ליצירת קשר: \_\_\_\_\_

**פרטים להנפקת חשבונית מס/קבלה:**

עבור: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ מייל: \_\_\_\_\_

**פרטי כרטיס אשראי:**

**(ניתן לשלם בכרטיס אשראי בטלפון. במידה והנכם מעוניינים בכך, מלאו בסעיף הקודם מס' טלפון ליצירת קשר)**

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ ת.ז. בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_

סוג כרטיס: \_\_\_\_\_ מספר כרטיס: \_\_\_\_\_ / / / /

(ניתן לשלם גם בכרטיסי דיינרס ואמריקן אקספרס)

תוקף: \_\_\_\_\_ / 3 ספרות בגב הכרטיס: \_\_\_\_\_ מספר תשלומים: \_\_\_\_\_ (עד 3 תשלומים)

**הצהרת בריאות, אישור השתתפות והרשמה למועדון קהילת המחול:**

שם ההורה המאשר: \_\_\_\_\_ ת.ז. ההורה: \_\_\_\_\_

אני מצהיר/ה בזאת כי לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי לקחת חלק בסדנאות ולהשתתף בכל הפעילויות.

במידה ולא יש לפרט. במידה ויש מגבלה רפואית, יש להעביר אישור רפואי המאפשר השתתפות בפעילות מבעוד מועד.

אני מאשר/ת את הצטרפות בני/בתי למועדון קהילת המחול (ללא עלות) וקבלת מיילים פרסומיים עבור פעילויות המועדון.

באחריותי לקרוא ולהתעדכן בתקנון מועדון קהילת המחול המעודכן מעת לעת באתר המועדון.

אני מאשר שימוש בתמונות וסרטונים מפעילויות המועדון במדיות השונות לצורכי יח"צ אשר בני/בתי משתתף/ת בהם.

התשלום עבור הסדנאות והאירוע מהווה אישור השתתפות והסכמה מלאה לתנאי הרישום.

להנהלת האירוע וצוות המועדון אפשרות לערוך שינויים בתוכנית הסדנאות. שינויים מהותיים יימסרו מראש.

הנהלת האירוע וצוות המועדון אינם אחראים לאובדן ציוד כלשהו של המשתתפים.

אני מאשר/ת את תקנון האירוע המפורסם באתר המועדון.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_