**טופס הרשמה סדנת קיץ תשפ"א 2021**

 **פרטי התלמיד/ה:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| מספר ת.ז. | שם משפחה: | שם פרטי: |
| תאריך לידה: | מין: ז / נ |
| עולה לגן/כיתה: | שם הגן/בית הספר: |
| כלי הנגינה: | מספר שנות נגינה בכלי: |
| שם המורה לנגינה: | טלפון המורה לנגינה: |

 **כתובת:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ישוב: | רחוב: | מספר בית: |

 **פרטי הורה:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ת.ז: | שם : | שם פרטי: |
| טלפון נייד: | טלפון נייד נוסף: |
| דוא"ל : |

 **מסלול הסדנה: נא לסמן את המסלול המתאים**

|  |
| --- |
| O **מסלול מנגנים** - **יש לצרף הקלטה לצורכי שיבוץ מתאים** |
| O **מסלול חשיפה** |

 **הערות/בקשות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **עלות הסדנה:** 2,800 ₪ לנרשם.

 **הנחות: 10% (נא לסמן)**

O תלמיד הקונסרבטוריון O תלמיד ביה"ס לאמנויות

 אין כפל הנחות

#  פרטי המשלם:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ת.ז.: | שם משפחה: | שם פרטי: |
| **תשלום בכרטיס אשראי**אפשרויות התשלום: O בתשלום אחד \_\_\_\_\_ O בתשלומים עד 3 (ללא ריבית) \_\_\_\_\_**לא מקבלים כרטיס אשראי מסוג דיינרס****לא מקבלים כרטיס אשראי מסוג דיירקט****לא מקבלים כרטיס אשראי לא ישראלי** |
| מספר כרטיס אשראי: |
| סוג הכרטיס: | תוקף: |

 **ביטול הרשמה:**

 עד שבוע לפני פתיחת הסדנה: דמי ביטול מנהליים על סך 150 ₪.

 לאחר מכן ועד סוף השבוע הראשון: החזר 50% בתוספת דמי ביטול על סך 150 ₪.

 לאחר השבוע הראשון: לא ינתנו החזרים.

 במקרה של ביטול הסדנה עקב הנחיות כלליות של משרד הבריאות, יוחזר מלוא הסכום ששולם.

 **איך שמעת עלינו?**

 **Oפרסום פייסבוק** **Oפרסום ווטסאפ  Oניוזלטר הקונסרבטוריון  Oמפה לאוזן Oאחר\_\_\_\_\_\_\_**

 תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם מלא וחתימת ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

את הטופס המלא נא לשלוח לטלי למייל talib@icm.org.il טלפון 03-5460524

ימים א' – ה' בין השעות 11:00-18:00

**הצהרת בריאות – סדנת קיץ "בהשראת שירי נעמי שמר" 2021**

**הקונסרבטוריון הישראלי למוסיקה תל אביב**

שכתובתו : רח' לואי מרשל 25 – תל אביב

**שם פרטי ומשפחה של התלמיד/ה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**מס' ת.ז**. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שם פרטי ומשפחה של ההורה** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אני מצהיר בזאת כי:**

* לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/בתי להשתתף בפעילות הנערכת בסדנה.
* מאשר/ת פעילות מחוץ לקונסרבטוריון.
* יש לבני/בתי מגבלה בריאותית/רגישות למזון המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בסדנה כדלקמן:

תיאור המגבלה/הרגישות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* חבר בקופת חולים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_