**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](mailto: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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_