

אולפן למחול גלבוע - שלוחות

טופס הרשמה לתלמיד אולפן למחול "הגלבוע" לשנה"ל תשפ"ד

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז: _____
כתובת: _____ בית ספר: _____ כיתה: _____
שם הורה: _____ נייד: _____
שם הורה: _____ נייד: _____
נייד תלמיד: _____

מייל: _____ (נא לרשום את המייל בצורה ברורה לצורך התכתבות עתידית)

מקצועות:

שכ"ל עבור שנת פעילות (חופשים נלקחו בחשבון) מחיר: _____ מס' תשלומים: _____

* **תנאי תשלום** - דרך לינק בכרטיס אשראי / באופן אחר מול משרד הנהלת חשבונות בלבד. בטלפון-

* **סגירת תשלום** עבור שנה"ל הנוכחית תהיה עד תחילת חופשת פסח.

תלמידה שעבורה לא הוסדר תשלום לא תוכל להשתתף בשיעורים לאחר החופשה.

* בתחילת השנה אנו נותנים שני שיעורי ניסיון. במידה והתלמיד ירשם לחוג, שיעור הניסיון יכנס לתשלום החודשי.

* **היעדרות משיעורים:** אי השתתפות בשיעורים אינה פוטרת מתשלום עבורם. אלא במקרה של מחלה ממושכת ובאישור רופא.

הפסקת לימודים מלאה/חלקית תכנס לתוקפה רק לאחר הודעה רשמית כתובה וחתומה ע"י אחד ההורים.

במקרה של הפסקת לימודים, יהיה חייב בתשלום עד סוף החודש הנוכחי. שאר התשלומים יוחזרו.

טיפול בהחזר כספי יתבצע פעמיים בשנה- בינואר וביוני (לאחר מופע הסיום)

במידה והתלמידה פורשת אחרי חופשת פסח- אין החזר כספי. לא יתאפשר ביטול חוג רטרואקטיבי והחזר כסף בגינו.

- הנהלת האולפן משאירה לעצמה את הזכות לשנות ימים ושעות פעילות.
- הנהלת האולפן וצוות המורים משאירים לעצמם את הזכות להחליט על הרכב הקבוצות ועל שיבוץ התלמידים בקבוצות.
- במקרה של החסרת 3 שיעורים רצופים במקצוע אחד בתקופת טרום מופע סיום (חודשיים לפני המופע) הנהלת האולפן שומרת לעצמה את הזכות להחליט כי התלמידה לא תוכל לקחת חלק בריקוד הסיום של אותו המקצוע.
- במהלך השנה (בעיקר לפני מופע הסיום) יתקיימו שיעורים וחזרות מעבר למסגרת. על פעילות זו התלמידה לא תחויב בתשלום נוסף. והוא יקוזז ממסגרת השיעורים של חודש יוני.
- צילום- במהלך השנה יצולמו התלמידות ע"י צוות האולפן או צלם מקצועי לצורך תיעוד ופרסום.

הצהרת בריאות

אני מצהיר/ה כי (סמן את האפשרות הנכונה):

1. לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/ביתי להשתתף בפעילות אליה נרשם
2. יש לבני/ביתי בעיה בריאותית (כגון- אסטמה, רגישות למזונות, סכרת, אפילפסיה וכד') לא / כן פרט:

3. בני ביתי נוטלת תרופות באופן קבוע לא / כן פרט: _____
4. אני מתחייב/ת להודיע להנהלת האולפן על כל שינוי או הגבלה זמניים או קבועים שיחולו במצב הבריאות של בני/ביתי.

מופע סיום יתקיים בתאריך 16/6/2024. (כניסה למופע בתשלום)

תאריכי חזרות במה ותאורה: 13-15/06/2024

*שימו לב לתאריכים אלו. חזרות במה ותאורה הן חובה.

שם ההורה: _____ תאריך: _____

חתימת ההורה: _____