

טופס הרשמה סדנת קיץ תשפ"ב 2022

פרטי התלמיד/ה:

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

כתובת:

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

פרטי הורה:

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

מסלול הסדנה: נא לסמן את המסלול המתאים

<input type="radio"/> מסלול מנגנים - יש לצרף הקלטה לצורכי שיבוץ מתאים
<input type="radio"/> מסלול חשיפה

אני מאשרת/ העלאת תמונות הילדים שצולמו בפעילויות הסדנה לאתר ולדף הפייסבוק של הקונסרבטוריון (ללא ציון שם הילד/ה).

הערות/בקשות:

עלות הסדנה: 3,100 ₪ למשתתף/ת
2,800 ₪ למשתתף/ת בהרשמה מוקדמת עד 10/7/22

הנחות:

- 10% (נא לסמן)**
- תלמיד הקונסרבטוריון
 - תלמיד ביה"ס לאמנויות
 - חברי מועדון דיגיתל בהזנת קוד הטבה _____

אין כפל הנחות

-מצוינות מאז 1945-

פרטי המשלם:

שם פרטי:	שם משפחה:	ת.ז.:
<p><u>תשלום בכרטיס אשראי</u> אפשרויות התשלום: <input type="radio"/> בתשלום אחד _____ <input type="radio"/> בתשלומים עד 3 (ללא ריבית) _____</p> <p><u>לא מקבלים כרטיס אשראי מסוג דיינרס</u> <u>לא מקבלים כרטיס אשראי מסוג דיירקט</u> <u>לא מקבלים כרטיס אשראי לא ישראלי</u></p>		
מספר כרטיס אשראי:		
תוקף:	סוג הכרטיס:	

ביטול הרשמה:

עד שבוע לפני פתיחת הסדנה 24.7: דמי ביטול מנהליים על סך 150 ₪.
מתאריך 25.7 ועד סוף השבוע הראשון לסדנה 4.7: החזר 50% מעלות יתרת הימים שלא נוצלו, בתוספת דמי ביטול על סך 150 ₪.
לאחר השבוע הראשון: לא ינתנו החזרים.
במידה וניאלץ לבטל את הסדנה מכל סיבה שהיא, התשלום יוחזר במלואו.

איך שמעת עלינו?

פרסום פייסבוק פרסום ווטסאפ ניוזלטר הקונסרבטוריון מפה לאוזן אחר _____

שם מלא וחתימת ההורה _____ תאריך _____

את הטופס המלא נא לשלוח לטלי למייל talib@icm.org.il טלפון 03-5460524
ימים א' – ה' בין השעות 11:00-18:00

-מצוינות מאז 1945-

הצהרת בריאות – סדנת קיץ "צלילי המוסיקה" 2022

הקונסרבטוריון הישראלי למוסיקה תל אביב
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 _____

חתימה _____

תאריך _____

-מצוינות מאז 1945-