

**טופס רישום תוכנית "ניצנים בחופשות" לכיתות א'-ג'**

**ילדים הרשומים לצהרונים של המתנ"ס, פטורים מרישום לקייטנה**

הנני מבקש לרשום את ילדי למתווה "ניצנים בחופשות" בתאריכים: ראשון ה-21/3/21, שני ה-22/3/21, רביעי ה-24/3/21 וראשון ה-4/4/21 (סה"כ 4 ימים) בין השעות 13:30-7:30

**הרישום יתבצע עד ה-15/3/2021 בשעה 12:00 לאחר מועד זה לא יהיה ניתן להירשם!**  
(פועלים בבתי הספר: אביחי, רבין, מורשת זבולון ואלומות)

**פרטי הילד**

שם הילד: פרטי \_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_ מין בן/בת \_\_\_\_\_

תעודת זהות \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_

שם אם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_ טלפון חרום \_\_\_\_\_

טלפון נייד אם \_\_\_\_\_ טלפון נייד אב \_\_\_\_\_

דוא"ל \_\_\_\_\_

בית ספר \_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_

מעוניין בצהרון המתנ"ס בין השעות 13:00-16:30.

**הצהרת בריאות**

( ) הריני מצהיר בזה כי לא ידוע לי על כל מגבלות רפואיות שיש לבני / בתי.

( ) הנני מתחייב/ת לדווח למחנכות הפעילות על כל שינוי במצבו/ה הרפואי.

( ) לבני/בתי ישנן מגבלות רפואיות/ לקיחת תרופות קבוע

**הוצאת ילדים מהפעילות:**

( ) בני/בתי רשאים לצאת עצמאית בסיום יום הפעילות, ללא ליווי מבוגר.

( ) בני/בתי ייצא בליווי מבוגר בלבד על פי המפורט להלן:

שם המבוגר \_\_\_\_\_ קירבה \_\_\_\_\_

שם המבוגר \_\_\_\_\_ קירבה \_\_\_\_\_

**אופן התשלום:**

מזומן / שיקים: לפקודת מרכז קהילתי מזרח נתניה

כרטיס אשראי: סוג \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_

שם בעל הכרטיס \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת הורים \_\_\_\_\_



## נהלי קייטנות מרכז קהילתי מזרח נתניה

### כללי

1. פתיחת גנים / כיתות מותנה בגיוס כ"א מתאים ובמספר מינימלי של משתתפים. במידה ולא ימצא כ"א מתאים ו/או כמות משתתפים מינימלית, ייתכן איחוד כיתות / בתי ספר ואף אי פתיחה של הקייטנה.
2. **ילדים הרשומים לצהרונים במהלך השנה פטורים מרישום ויזוכו במהלך החודשים הקרובים בכפוף להנחיות התוכנית.**
3. אין רישומים לימים בודדים, הרישום הוא לכל ארבעת הימים.
4. ביום שלישי, 23/3/21, יתקיים יום בחירות לכנסת ה-24. יום זה הינו יום שבתון ולא תתקיים בו פעילות קייטנה/צהרון.
5. במידה ומספר המשתתפים מועט, יאוחדו כיתות בהתאם למתווה משרד החינוך.
6. הרישום יתבצע עד 15/3/2021, לאחר תאריך זה הרישום יהיה על בסיס מקום פנוי בלבד!
7. הנהלת המתנ"ס תהיה רשאית לפי שיקול דעתה לשנות, או לבטל קייטנה.
8. במקרה של ביטול קייטנה במלואה על ידי המתנ"ס – יוחזר הכסף לנרשמים.
9. המתנ"ס אחראי על ילדי הקייטנות בשעות הפעילות של הקייטנות והצהרונים בלבד.
10. **המתנ"ס שומר לעצמו את הזכות להפסיק את פעילותו של כל משתתף עקב בעיית משמעת או בגין פגיעה בפעילות השוטפת של הקייטנה.**
11. למתנ"ס שמורה הזכות לשינויים בתכנים ובתוכניות הקייטנה בהתאם לאילוצים ביטחוניים ובטיחותיים או לוגיסטיים.
12. הפרטים על גבי טופס הרישום הינם עדכניים ונכונים.
13. יש לשלוח את הילדים עם ארוחת בוקר + בקבוק שתיה.
14. יש לשלוח את ילדי ביה"ס עם קלמר מאובזר.

### חיסורים

1. התשלום בגין הפעילות הינו עבור קייטנה מלאה ומשתתף לא יזוכה בגין השתתפות חלקית.

### תנאי תשלום

1. התשלום לקייטנה ייעשה באמצעות שיקים, כרטיס אשראי או במזומן.

### ביטול השתתפות

1. בקשות להפסקת הפעילות בקייטנה יטופלו אך ורק לאחר מילוי טופס ביטול בכתב במזכירות המתנ"ס. ניתן לשלוח הודעות ביטול באמצעות האימייל ובמקרה זה יש לוודא קבלת האימייל. לא ייעשו ביטולים בטלפון. ללא הודעות בכתב ייחשב המשתתף כממשיך בקייטנה.
2. ביטול ההרשמה עד 5 יום לפני פתיחת הקייטנה - ללא חיוב. לאחר מועד זה ייגבו דמי ביטול בגובה של 10% ממחיר הקייטנה/צהרון.
3. אין ביטול והחזר כספים רטרואקטיבית.

**שימו לב – לנרשמים באתר האינטרנט יש לוודא קבלת אישור רישום במייל בסיום ההרשמה!**

אני החתום מטה מאשר בזאת כי מערכת השעות ותנאי התשלום, ברורים וידועים לי ומקובלים עלי.

חתימת ההורה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

## הצהרת הורים על מצב בריאותו של ילדם המשתתף בקייטנה

שם הקייטנה: \_\_\_\_\_  
מאת: הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_  
שם פרטי      שם משפחה      מס' ת.ז.      תאריך לידה

אני מצהיר בזאת כי:

לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בקייטנה.

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית המונעת השתתפות מלאה/חלקית בפעילות הנדרשת בקייטנה

כדלקמן: תיאור המגבלה: \_\_\_\_\_

במקרה של אלרגיה למזון, נא לציין סוג אלרגיה: \_\_\_\_\_

השתתפות בפעילות גופנית: \_\_\_\_\_

השתתפות בטיולים: \_\_\_\_\_

השתתפות בפעילות אחרת: \_\_\_\_\_

מצ"ב אישור רפואי שניתן על ידי \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

יש לבני/לבתי מגבלה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה וכד').

מצ"ב אישור רפואי שניתן מאת \_\_\_\_\_ לתקופה של \_\_\_\_\_

השם + הכתובת + מס' הטלפון לפנייה בשעת מצוקה: \_\_\_\_\_

בני/בתי מקבל/ת את הטיפול התרופתי הזה:

שם התרופה: \_\_\_\_\_

אופן הטיפול: \_\_\_\_\_

בני /בתי נעזר/ת בכוחות עצמו/ה בציוד הרפואי הזה: משאף, ערכת זריקות, ערכת טיפול וכד'. פרטו:

תאריך: \_\_\_\_\_ שם ההורים: \_\_\_\_\_ חתימת ההורים: \_\_\_\_\_