



טופס רישום לקייטנות חנוכה 2021 לילדי הגנים וכיתות א'-ג'

תאריכי הקייטנה: 30/11/2021-6/12/2021 (5 ימים) | יום קצר בגנים 7:30-13:00 או בבתי הספר

8:00-13:00 בעלות 100 ₪ | יום ארוך עד השעה 16:30 בעלות 320 ₪ לעל בסיס מקום פנוי

*** ילדים הרשומים לצהרונים גנים מסלול ארוך וצהרונים בתי הספר אביחי, אלומות, מורשת זבולון ורבין – פטורים מרישום ותשלום לקייטנה זו! * ילדים הרשומים לצהרון שובו מחויבים ברישום נפרד לקייטנה זו ***

פרטי ראש המשפחה (פרטי המשלם):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז: _____ קופ"ח: _____

כתובת: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____

נייד הורה 1: _____ נייד הורה 2: _____ טלפון נוסף: _____

Email: _____@_____

- הנני מאשר/ת לשלוח אלי מידע כללי בדואר אלקטרוני
- הנני מאשר/ת לשלוח לי העתקי קבלות בדואר אלקטרוני
- הנני מאשר/ת לשלוח לי מידע כללי במסרון (s.m.s) / וואצפ
- הנני מאשר/ת להשתמש בתמונות שלי/ילדי שצולמו במהלך הפעילויות לצורך פרסום ויחסי ציבור

פרטים על המשתתף בקייטנה:

שם פרטי + שם משפחה	ת"ז	שם ביה"ס/גן	כיתה + מס' כיתה	תאריך לידה	יום ארוך/קצר	עלות החוג

* הרישום לצהרון יתבצע על בסיס מקום פנוי במסגרות הקייטנות.

אופן התשלום:

❖ סוג כרטיס אשראי _____ מס' _____ תוקף _____

שם בעל הכרטיס: _____ ת.ז: _____

❖ שיקים / מזומן : מספר קבלה _____

אני החתום מטה מאשר בזאת כי תנאי התשלום, ברורים וידועים לי ומקובלים עלי.

ולראיה באתי על החתום : שם ומשפחה: _____ חתימה: _____



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 גנים ואף אי פתיחה של הקייטנה.
2. ילדים הרשומים לצהרונים גנים מסלול ארוך וצהרונים בתי הספר אביחי, אלומות, מורשת זבולון ורבין – פטורים מרישום ותשלום לקייטנה זו.
3. ילדים הרשומים לצהרון שובו מחויבים ברישום נפרד לקייטנה זו.
4. אין רישומים לימים בודדים, הרישום הוא לכל חמשת הימים.
5. במידה ומספר המשתתפים מועט, יאוחדו גנים בהתאם למתווה משרד החינוך.
6. הנהלת המתנס"ס תהיה רשאית לפי שיקול דעתה לשנות, או לבטל קייטנות.
7. במקרה של ביטול קייטנה במלואה על ידי המתנס"ס – יוחזר הכסף לנרשמים.
8. המתנס"ס אחראי על ילדי הקייטנות בשעות הפעילות של הקייטנות ו**הצהרונים בלבד**.
9. **המתנס"ס שומר לעצמו את הזכות להפסיק את פעילותו של כל משתתף עקב בעיית משמעת או בגין פגיעה בפעילות השוטפת של הקייטנה.**
10. למתנס"ס שמורה הזכות לשינויים בתכנים ובתוכניות הקייטנה בהתאם לאילוצים ביטחוניים ובטיחותיים או לוגיסטיים.
11. הפרטים על גבי טופס הרישום הינם עדכניים ונכונים.
12. יש לשלוח את הילדים עם ארוחת בוקר + בקבוק שתייה.
13. יש לשלוח את ילדי ביה"ס עם קלמר מאובזר בהתאם לנהלי משרד החינוך.

חיסורים

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

תנאי תשלום

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

ביטול השתתפות

1. בקשות להפסקת הפעילות בקייטנה יש להגיש לפני פתיחת הקייטנה ויטופלו אך ורק לאחר מילוי טופס ביטול בכתב במזכירות המתנס"ס או באמצעות שליחת הטופס באמצעות האימייל. במקרה זה יש לוודא קבלת האימייל. לא ייעשו ביטולים בטלפון. לא יבוצעו ביטולים ללא טופס.
2. אין ביטול והחזר כספים **רטרואקטיבית**. לא ניתן להודיע על ביטול לאחר פתיחת הקייטנות.
3. לא ניתן למסור הודעת ביטול לצוות החינוכי בגנים ובבתי הספר.
4. ביטול וזיכוי בעקבות בידודים וקורונה יעשו עפ"י הנחיות משרד החינוך ומשרד הבריאות.

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: _____

מרכז קהילתי רבין - בית הגיל הרך

שלוחות 131 / 130 / 116

rabin@netanya-gan.matnasim.co.il

מרכז קהילתי חפציבה

שלוחה 120

בית דוידסון

שלוחה 110

מרכזים קהילתיים נאות גנים ונווה איתמר

שלוחה 100

mazkirut@netanya-gan.matnasim.co.il

מרכז קהילתי קריית השרון

שלוחות 141 / 140

kr@netanya-gan.matnasim.co.il



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, נא לציין סוג אלרגיה למזון:

_____ 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: _____