

טופס הרשמה

שם הקורס המבוקש _____ תאריך פתיחה _____ משך זמן הקורס (הקף בעיגול): סמסטריאלי/ שנתי
יש לבחור יום עיוני (אם קיים) ויום מעשי (קורס אירובי ופילאטיס מזרן) לפי המפורט במערכת השעות (הקף בעיגול): **יום עיוני:**
א' ערב / ג' בוקר. **יום מעשי – קורס אירובי:** ד' ערב / ו' בוקר. **יום מעשי – פילאטיס מזרן:** א' בוקר / ו' בוקר.
איך הגעת אלינו: _____

פרטים אישיים

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז.
תאריך לידה _____ רחוב _____ מס' _____ עיר _____
מיקוד _____ חבר קופ"ח (הקף בעיגול): מכבי / כללית / מאוחדת / לאומית
מס' טלפון עבודה _____ מס' טלפון בבית _____ מס' טלפון נייד _____
דו"אל _____

השכלה

תעודת בגרות (הקף בעיגול): כן / לא מדריך / מאמן מוסמך: כן / לא
תואר אקדמאי: P.H.D / M.A / B.A בתחום _____

הצהרת בריאות

- האם את/ה במצב גופני טוב? כן / לא *האם אתה סובל מבעיות גב כלשהן? כן / לא
אם כן פרטי/י: _____
- האם את/ה סובל מלחץ דם גבוה או מבעיות לב כלשהן? כן / לא
אם כן פרטי/י: _____
- האם את בהריון? כן / לא

אישור רפואי

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר בזה כי אני מכיר את מר/גב' _____
ת.ז.
ולפי מיטב ידיעתי, ולאחר ששאלתי/ה על מצב בריאותי/ה ומחלותי/ה אשפוז/ה וליקויי/ה
הגופניים בעבר ובהווה ולפי בדיקה שערכתי, אין במצבו/ה הגופני ו/או הנפשי ו/או בבריאותו/ה דבר העשוי למנוע ממנו/ה
להשתתף בלימודים ובפעילויות הגופניות שיתקיימו במסגרת קורסי ההדרכה.
המקום _____ חתימה _____ תאריך _____ חותמת _____

תשלום

מצורף בזה דמי הרשמה בסך _____ ש"ח בצ'ק / מזומן / כרטיס אשראי סוג הכרטיס _____
שם בעל הכרטיס _____ מס' הכרטיס
תוקף _____ מס' ת.ז. בעל הכרטיס
מס' תשלומים _____

- ניתן לשלם בכל אחד מאמצעי התשלום הנ"ל.

הצהרה

אני הח"מ מאשר כי קראתי בעיון את כל הרשום בטופס הרשמה זה ובתקנון בית הספר וכי תוכנם מוסכם עלי. כמו כן הנני
מצהיר כי הפרטים הם מלאים ונכונים.
תאריך _____ חתימה _____