



טופס הרשמה בית ספר למחול אדוואנס 2024-25

פרטים אישיים: שם התלמיד/ה: _____ שם משפחה: _____
גיל: _____ גן/כיתה: _____
שם האם: _____ טלפון נייד: _____ שם האב: _____
טלפון נייד: _____ כתובת: _____
מייל (אנא כיתבו בכתב ברור, ישמש לתקשורת והודעות בנוגע לסטודיו)

רוקדת במגמת המחול (הקף בעיגול):

חובה- א'

כיתות ב-ג, מיני מסלול: בלט קלאסי/ ג'אז

כיתות ד-ה, מקצועי צעיר: בלט קלאסי/ג'אז/ היפהופ/ מודרני עם חני- חדש!

כיתות ו-ז, מקצועי-טרום להקה/פתוח: בלט קלאסי/ג'אז לירי/היפהופ/מודרני חני/טכניקה ומודרני ניצן/קומפוזיציה

כיתות ח-ט מקצועי/פתוח: בלט קלאסי/מודרני חני/ ג'אז לירי/ היפהופ/טכניקה ומודרני ניצן/קומפוזיציה/פוינט/להקת מצוינות (ימי שישי). (סמנו את השיעורים הנבחרים)

כיתות י-יב מקצועי/פתוח: בלט קלאסי/ מודרני חני/ היפהופ/מודרני ניצן/ טכניקה ומודרני חני / פוינט/ להקת מצוינות (ימי שישי)

הסדרי תשלום:

שכר הלימוד החודשי לתוכנית שנקבעה: _____ ₪.

שכבת ח-י"ב: ביתי לוקחת/לא לוקחת חלק במסלול מצוינות להקה בימי שישי.

- אני מעוניין לבצע עסקה בכרטיס אשראי מסוג _____ (אין אפשרות להשתמש בכרטיס של אמריקן אקספרס וכרטיס של דינרס), בהוראת קבע למספר של 10 חודשים.

מאשר/ת שימוש באשראי שבמערכת/יש להשתמש בכרטיס חדש הפרטים מצורפים מטה

מספר כרטיס _____ תוקף כרטיס _____

3 ספרות בגב כרטיס _____ ת.ז. של בעל הכרטיס _____

- מזורף תשלום הביטוח בסך 100 ₪ במזומן/צ'ק/ אבקש לצרף את תשלום הביטוח לחודש ספטמבר להוראת הקבע באשראי.

- מצ"ב 10 המחאות לפקודת אדווה בלק בסך _____ ₪ כל אחת לתאריך 1 או 10 לכל חודש.

החזרים וביטולים: הנני לאשר כי אני מודעת/ת ומקבלת/ת את תנאי החזרי התשלום ודמי הביטוח כדלקמן:

- החזרי תשלום יבוצעו עבור חודשים מלאים, החל מחודש העוקב להודעת הביטול.
- דמי הביטוח בסך 100 ₪ לא יוחזרו בכל מקרה.
- למבטלים החל מחודש אפריל לא יינתן החזר כספי עבור החודשים מאי ויוני.
- ידוע לי כי מופע סוף השנה של ביה"ס למחול יתקיים במהלך חודש יוני/ תחילת יולי וכי כל האורחים (כולל ההורים) נדרשים לקנות כרטיסים למופע.

הצהרה על בריאות:

הנני מאשר/ת כי לבני/בתי הרשום לעיל אין מגבלות רפואיות המונעות ממנו/ה לקחת חלק בכל פעילויות המחול בסטודיו, ובכלל זה כל פעילות גופנית מכל סוג שהיא. במידה ותהיה מגבלה רפואית אני מתחייב לדווח בהקדם האפשרי.

הערות בריאות במידה ויש: _____

תאריך: _____ שם מלא של ההורה: _____ חתימה: _____