



## טופס הרשמה – שחיית תינוקות מסלול כרטיסיה-12 כניסות

אנו מודים לכם על בחירתכם להצטרף לנבחרת התינוקות של **אסף מרכז לשחייה וטיפול במים**. על מנת לדאוג לכל צרכיכם ולספק לכם את השירות האיכותי ביותר נזדקק לפרטים עליכם ועל תינוקכם. מטרתנו היא להבטיח שתקבלו את השירות שמגיע לכם ויותר ולכן ברצוננו להבהיר מספר נקודות.

- 12 כניסות
- עלות 1100 ₪
- תוקף הכרטיסיה: 5 חודשים מיום הקנייה
- ניתן להירשם לשיעור קבוע ולעדכן אותנו בהתראה של עד יום לפני עד השעה 20:00.
- **הודעה מאוחרת או חוסר הודעה על אי הגעה, השיעור יחשב כשיעור שנוצל בכרטיסיה.**
- או לחילופין להירשם על בסיס מקום פנוי.
- לא ניתן להזדכות על הכרטיסיה באם לא מומשה
- לא ניתן להעריך את התוקף
- הכרטיסיה תקפה אך ורק לקבוצות של שחיית תינוקות.

הבריכה נבדקת ע"י משרד הבריאות ועומדת בכל הדרישות ועל כן אנו מבקשים, לא להגיע לבריכה אם תינוקכם סובל מדלקת עיניים או שלשול או ב-48 השעות שלאחר חיסון, בגלל הסיכון בהדבקה.

**הכניסה לבריכה מותנית ברכישת חיתול בגד- ים - רב פעמי. לא תתאפשר כניסה עם חיתול חד פעמי ו/או עם חיתול בגד ים שנרכש במקום אחר.**

- מדריכה מקצועית ומוסמכת מעבירה את השיעורים.
- על ההורה להיות צמוד לתינוק לאורך השיעור.
- האחריות על התינוק בזמן השיעור חלה על ההורה.
- הכניסה למים מותרת רק בזמן השיעור.
- הכניסה למים מותרת לילד שרשום לקורס בלבד ורק למשך השיעור.

### היעדרויות:

- במידה ונקבע שיעור ושוריין מקום עבורכם וחל שינוי כלשהו, יש ליידע אותנו 24 שעות מראש על ביטול ההגעה, אחרת יחשב כשיעור שבוצע.
- במקרה של היעדרות עקב מחלה יש להציג אישור רפואי על כשירותו של התינוק לחזרה לפעילות במים.

אני החתום/ה מטה \_\_\_\_\_ (שם משפחה ופרטי של ההורה)

תאריך \_\_\_\_\_

הורה ל (שם התינוק) \_\_\_\_\_



חתימה \_\_\_\_\_

## שחיית תינוקות- פרטים אישיים והצהרת בריאות

### פרטים אישיים:

שם התינוק \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_  
שמות ההורים \_\_\_\_\_ ניידים \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ טלפון בבית \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

### היסטוריה רפואית:

משקל בעת הלידה \_\_\_\_\_ שבוע הלידה: \_\_\_\_\_  
הערות \_\_\_\_\_  
חיסונים עד היום \_\_\_\_\_  
מחלות בעבר/אשפוזים \_\_\_\_\_

### הצהרת בריאות:

1. האם התינוק/ת נמצא בטיפול או מעקב רפואי בגלל בעיה רפואית כלשהיא? לא / כן

פרטים: \_\_\_\_\_

2. האם ידוע לכם על בעיה בריאותית:

נשימה / אסטמה / ברונכיטי / דלקות אוזניים / לב / אלרגיות / טונוס שרירים נמוך-גבוה / בעיה אורתופדית / אחר

פרטים: \_\_\_\_\_

באם עניתם בחיוב על הסעיפים לעיל נבקשכם להגיע לפעילות עם אישור רפואי מתאים.

אנו החתומים מטה מצהירים בזאת שכל הפרטים בהצהרה זו נכונים ומעודכנים ובננו/ביתנו רשאי לקחת חלק מבחינה רפואית בחוג שחיית תינוקות.

אנו מתחייבים לידע את הצוות באם יחול שינוי כלשהוא במצב הבריאותי של בננו/ביתנו.

נשמח לדעת כיצד שמעתם עלינו? \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ שם ההורה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_