



טופס הרשמה – שחיית תינוקות מסלול השלמות

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 365 ₪ לחודש בתשלום ל-3 חודשים (עם אופציה במידת הצורך להאריך את תוקף המנוי עד ל-4 חודשים).
- מקנה השלמות באותו יום פעילות (שלישי השלמה בשלישי, שישי בשישי), בתום תקופת המנוי.
- ההשלמות מתבצעות בתום תקופת המנוי ולא יותר מחודש לאחר תום המנוי. **כלומר עד 3 השלמות בתום תקופת המנוי ברישום ל 3 חודשים.**
- לא ניתן להאריך את התוקף.
- לא ניתן לצבור כניסות מעבר למנוי המוארך.
- הכרטיסייה 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 בלבישת 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 אורטופדית / 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 _____