**טופס הרשמה – שחיית תינוקות**

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.

* עלות חודשית – 310 ₪. על כל ילד נוסף 10% הנחה.
* התשלום הוא בעבור מפגש בן 30 דק' אחת לשבוע, ביום ושעה הנקבעים בעת ההרשמה.
* התשלום הוא עבור 4 מפגשים בחודש (12 שיעורים ב- 3 חודשים), בחודשים בהם ישנם חמישה מפגשים, ייחשב המפגש החמישי כבונוס ולא יחויב בתשלום נוסף. אי לכך, אנו שומרים את הזכות לבטל שיעור אחד לאורך התקופה ללא אפשרות השלמה.
* התשלום הוא עבור 3 חודשים מראש. **לא ניתן להירשם עבור חודש אחד בלבד**!!!
ניתן לבטל עד שבוע לפני תחילתו של חודש קלנדרי חדש ולקבל החזר עבור החודשים קדימה שלא נוצלו.
**לא ניתן לבטל חודש שכבר התחיל.**
* **היעדרויות**: במקרה של היעדרות - יש להודיע על אי הגעה לפני השיעור, בכל אחד מאמצעי התקשורת (אימייל, שיחה טלפונית או הודעה בביפר). **במקרה של אי הגעה ואי הודעה, יחשב השיעור כשיעור שבוצע**. כלומר, **לא תהיה אפשרות להשלים שיעור ללא הודעה מראש.**
* במקרה של היעדרות עקב מחלה יש להציג אישור רפואי על כשירותו של התינוק לחזרה לפעילות במים.
* **ההשלמות מתבצעות עד סוף תקופת המנוי ביום הנוסף בלבד** - כלומר אם רשומים ליום שישי ההשלמות בשלישי וההיפך.
* **הכניסה לבריכה מותנית בלבישת חיתול בגד- ים - רב פעמי.** **לא תינתן כניסה עם חיתול חד פעמי ו/או חיתול בגד ים שנרכש במקום אחר.**
* לפני הכניסה למים יש להתקלח, לאסוף את השיער (לבעלי שיער ארוך).
* דרכי התשלום- אשראי, מזומן או שיק , ניתן לפרוס את התשלום לעד 3 תשלומים (תאריך השיק הראשון הוא תאריך הרישום ושאר התשלומים ל-1 לכל חודש).
למשלמים במזומן – תשלום אחד עבור 3 חודשים.

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.

* **במקרה של החסרת שיעור ניתן לקבל שיעור השלמה אחד בחודש ביום החלופי. לא תינתן האפשרות להשלים את השיעור בסוף המנוי או לחילופין לזכות על שיעור שלא הגעתם עליו.**
* 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.

**אני מתחייב/ת בתשלום חודשי מלא גם אם הייתה השתתפות חלקית או לא הייתה השתתפות כלל באותו החודש.**
 אני החתום/ה מטה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם מלא של ההורה) הורה ל : (שם התינוק) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 / ברונכיט / 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 ליידע את הצוות באם יחול שינוי כלשהוא במצב הבריאותי של בננו/ביתנו.

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

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