

כנס מחול ELEMENTS

חופשת חנוכה 2016
26-27/12



החבילה כוללת: לינה וארוחות בקיבוץ גבעת ברנר,
הסעות, 6 סדנאות מקצועיות עם מורים מחו"ל, מורים מ-גאגא ו-ורטיגו

שם המרכז למחול: _____ שם הרקדן/ית: _____ גיל: _____
מייל: _____ טלפון הורה: _____ - _____

אוצר אחרון אכילס
5/12/14

אופן התשלום [סמן ב-X]

- נא להעביר טופס זה אל מנהל הסטודיו.

המחאות

- ההמחאות לפקודת: העמותה לקידום תרבות אומנות הרחוב
ניתן לשלם בתשלום אחד עד ה-15 לדצמבר

מזומן - בתאום מול הסטודיו עד מועד המסירה

העברה בנקאית [בתאום מראש] לחשבון מס: 13800071 סניף מס: 827 על שם: העמותה לקידום תרבות אומנות הרחוב בנק: לאומי, אזור

תשלום בכרטיס אשראי (עד 2 תשלומים)

הוראות לבעל כרטיס האשראי: (הפעולה כרוכה בעמלת שירות 20 ש"ח)

לכבוד (סמן ב-X): ישראל כרטיס בע"מ יזה כ.א.ל יזה לאומי קארד

מספר כרטיס אשראי:

3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס:

בתוקף עד: / שם בעל הכרטיס / קרבה: _____ ת.ז.:

כתובת: _____ טלפון: _____ - _____

סכום החיוב: 860 ש"ח

פריסה לתשלומים: החיוב יופיע בדפי האשראי תחת "העמותה לקידום תרבות אומנות הרחוב"

1 תשלום - עד נובמבר 2 תשלומים - עד דצמבר

אני, החתום מטה, נותן לכם הרשאה לחייב את החשבון כמשעותו לתנאי הצטרפות להסדר כרטיס האשראי

תאריך: _____ / _____ / _____ חתימת בעל/ת כרטיס האשראי: _____

הסכם התקשרות

בין העמותה לקידום תרבות אומנות הרחוב ("להלן העמותה") לבין משתתף הכנס
(מתחת לגיל 18 נדרשת חתימת ההורה)

א. דמי ביטול:

ביטול השתתפות מ-15 יום לפני האירוע יינתן החזר כספי של 50% מהתשלום הכולל,
ביטול השתתפות מ-7 ימים לפני האירוע לא יתקבל החזר כספי

ב. התחייבות:

1. אנו מתחייבים לשמור מקום למשתתף רק עם קבלת התשלום.

ג. הצהרת בריאות:

אני מצהיר בזאת (במידה והמשתתף מתחת לגיל 18) כי לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות
מבני/בתי להשתתף בפעילויות המתקיימות בכנס.

אני מתחייב/ת להודיע על שינוי או מגבלה בריאותית זמנית.

אני מאפשר/ת לבני/בתי לצאת לפסטיבל מחול "ELEMENTS" זאת לאחר שקראתי ואישרתי את תוכנית הפעילות, לוח הזמנים, תנאי ההרשמה והביטול.
ידועים לי כל פרטיה והנני מסכים/ה שבני/בתי תשתתף בכנס.
ידוע כי העמותה רשאית לשנות את הלוח/זמן/או התוכן.

העמותה אינה אחראית לנזקי גוף ורכוש שיגרמו מחוץ לתחומי הפעילות ללא אישור.

אלרגיה למוצרי מזון או תרופות: _____ סוג מזון: רגיל / צמחוני / טבעוני

שם מלא: _____ חתימה: _____

לפרטים התקשרו: 054-5922424 050-9024199



אישור קפיצה לכבוד אירוע ב*iJump*

תאריך האירוע: _____

שמות החוגגים: _____

אני מאשר, כי בטרם חתמתי ו/או מסרתי את הסכמתי לאמור בטופס הקפיצה, צפיתי בסרט הדרכה של החברה, המופיע באתר. אני מתחייב לרענן את זכרוני ולשוב ולצפות בסרט ההדרכה בכל מועד בו אבקר בפארק בטרם אתחיל את פעילותי במתקני הטרמפולינות ו/או הפארק.

ידוע לי, שהשימוש במתקני הטרמפולינה מותנה בצפייה בסרט הדרכה ובקיום הוראות השימוש במתקנים והנחיות הבטיחות של צוות *iJump*. אני בריא, ולא סובל ממצב רפואי העשוי להחמיר כתוצאה מקפיצה על טרמפולינה. אינני בהיריון. ידוע לי, כי השימוש במתקני הטרמפולינה תחת השפעת סמים ו/או אלכוהול אסור בהחלט. ברור לי, שהשימוש במתקני הטרמפולינה שייך לסוג של פעילויות ספורט/פנאי, הכרוך בסיכון למשתמש (אשר לא ניתן להימנע ממנו באופן מוחלט ללא פגיעה באופי הפעילות), ואני בוחר להשתתף בפעילות במתחם *iJump* תוך הבנת הסיכון האמור. ידוע לי, כי *iJump* אינה אחראית לרכוש האישי של המבקרים במתחם, לרבות כזה המאוחסן בלוקר/ים, ושמירה על הרכוש האישי של המבקרים ושלמותו היא באחריות המבקרים בלבד.

בגיר, שהינו מעל גיל 18 רשאי לחתום על כתב ההסכמה; קטין נדרש להחתים על כתב ההסכמה את הוריו (הורה-לרבות אפטרופוס וכל אדם שהילד נמצא ברשותו, בפיקוחו או בהשגחתו).

לקריאת התקנון המלא אנא פנה לאתר הבית שלנו בכתובת www.ijump.co.il

** חברת *iJump* תזין את פרטי כתב ההסכמה למאגר אישורי הקפיצה של החברה. מידע אישי הכלול בכתב ההסכמה זה ישמר ע"י *iJump* וישמש אותה רק למטרותיה.

*** כתב ההסכמה זה מנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד, אך הוא מיועד לנשים וגברים כאחד.

יש מלא את כל השדות, אחרת טופס זה לא יתקבל על ידי נציגנו

פרטי ההורה / האפטרופוס

_____	כתובת*:	_____	ת.ז.*:
_____	טלפון נייד*:	_____	שם משפחה*:
_____	e-mail*:	_____	שם פרטי*:
		_____	תאריך לידה*:

רשימת הילדים מתחת לגיל 18 שבחזקתי אשר מגיעים לאירוע:

_____	שם* (2)	_____	שם* (1)
_____	ת.ז.*:	_____	ת.ז.*:
_____	תאריך לידה*:	_____	תאריך לידה*:
_____	שם* (4)	_____	שם* (3)
_____	ת.ז.*:	_____	ת.ז.*:
_____	תאריך לידה*:	_____	תאריך לידה*:

אני מאשר בחתימתי את נכונות הפרטים*

תאריך: _____ חתימה: _____