

טופס הרשמה
סדנת מיניאטורות
9/2026-6/2027
רינתיה

פרטי הנרשם/ת

שם מלא _____ ת.ז. _____
מגדר ☐ בן ☐ בת _____ בית ספר _____ עולה לכיתה _____
שם האב _____ טלפון נייד _____
שם האם _____ טלפון נייד _____
רחוב _____ מס' _____ עיר _____
דואר אלקטרוני _____

ברצוני לרשום את בני / בתי לסדנת מיניאטורה של 12 מפגשים:

- | | |
|--------------------------|---|
| ☐ | כיתות ב-ו בימי שלישי בשעה 17:45-19:00 - מחזור 1 - 1/9/2026-8/12/2026 |
| ☐ | כיתות ב-ו בימי שלישי בשעה 17:45-19:00 - מחזור 2 - 15/12/2026-2/3/2027 |
| ☐ | כיתות ב-ו בימי שלישי בשעה 17:45-19:00 - מחזור 3 - 9/3/2027-29/6/2027 |
| ☐ | כיתות ז+ בימי שלישי בשעה 19:30-20:45 - מחזור 1 - 1/9/2026-8/12/2026 |
| ☐ | כיתות ז+ בימי שלישי בשעה 19:30-20:45 - מחזור 2 - 15/12/2026-2/3/2027 |
| ☐ | כיתות ז+ בימי שלישי בשעה 19:30-20:45 - מחזור 3 - 9/3/2027-29/6/2027 |

הסדנה מתקיימת ברחוב האורנים 15 ברינתיה

עלות כל סדנה 1,200 ש"ח עבור 12 מפגשים (בחישוב של 100 ש"ח למפגש) של שעה ורבע כל אחד וכוללת את כל הציוד והחומרים הנדרשים.

התשלום יתבצע במזומן, שקים או בהעברה בנקאית מראש בלבד.
ניתן לפרוס לתשלומים בשקים בלבד.
עד 4 תשלומים של 300 ש"ח כל אחד (שיק אחרון ליום האחרון של הסדנה)

תקנון הרשמה לדiorama

1. ידוע לי כי פתיחת הפעילות מותנית במס' מינימלי של 6 משתתפים ומוגבל לעד 10 משתתפים.
2. ידוע לי כי באחריותי לדאוג להבאת והחזרת הנרשמ/ת לפעילות.
3. ידוע לי כי גלית מאושר שומרת לעצמה את הזכות להוציא מהפעילות משתתפים שמפריעים למהלך התקין של הפעילות או מפריעים להנאתם של משתתפים אחרים.
4. לגלית מאושר שמורה הזכות לשינויים ו/או תוספות לתוכנית הפעילות בהתאם לנסיבות.
5. הנני מאשר/ת בזאת להשתמש בתמונות שיצולמו בפעילות לצורך פרסום הפעילות בכל פלטפורמה שהיא. ידוע לי, כי לא אהיה זכאי/ת לכל תמורה בגין השימוש בתמונה/ות על ידי גלית מאושר ו/או מי מטעמה וגלית מאושר לא תדרש לקבל את הסכמתי לכל שימוש בתמונה מלבד הסכמה מפורשת, כוללנית וגורפת זו. מוכן, ידוע לי כי זכויות היוצרים של התמונות הנן של גלית מאושר וכל שימוש אשר יעשה בתמונות ויניב פירות הינו של גלית מאושר בלבד ולפיכך אין ולא תהינה לי כל דרישות כספיות או אחרות כלפי גלית מאושר בקשר לזכויותיה ושימושיה בתמונות שלי או של בני/בתי.
6. הנני מאשר/ת בזאת לגלית מאושר לשלוח אלי חומר פרסומי ב SMS ובדואר אלקטרוני הרשומים בטופס זה.
7. הנני מתחייב/ת בזאת לשלם על הסדנה ו/או הפעילויות כנדרש.
8. התשלום יעשה מראש ויחולק לעד 10 תשלומים.
9. משתתף/ת יחשבו כרשומים בסדנה רק לאחר הסדרת התשלום במלואו.
10. מדיניות ביטול והפסקת פעילות

משתתף/ת המבקשים להפסיק את השתתפותם ימסרו הודעה בכתב (בוואטסאפ 054-9950503 או במייל galit.diorama@gmail.com).

1. מסגרת הסדנה: הסדנה הינה סדנה ממוקדת הכוללת 12 מפגשים. התשלום עבור הסדנה מחושב לפי 100 ש"ח למפגש, ובסך הכל 1,200 ש"ח למחזור מלא כולל חומרים. התשלום משולם על פי פריסת התשלומים ואופן התשלום שנבחרו במועד ההרשמה.
2. ביטול בטווח של מעל 14 יום לפני הפתיחה: ניתן לבטל את הרישום ולקבל החזר מלא של התשלום ללא דמי ביטול.
3. ביטול ברגע האחרון (פחות מ-14 ימים לפני מפגש הפתיחה): מאחר שמספר המקומות בסדנה מוגבל וההרשמה נסגרת מראש, ביטול בטווח זה יחייב בדמי ביטול בסך 100 ש"ח.
4. מועדי כניסת הביטול לתוקף:
 - I. הודעה שתתקבל עד ה-15 לכל חודש - תעצור את החיובים החל מהחודש העוקב, וההשתתפות תסתיים בסוף החודש הנוכחי.
 - II. הודעה שתתקבל לאחר ה-15 לחודש - תגרור חיוב מלא עבור החודש העוקב, וההשתתפות תסתיים בסופו.
5. מועד הגשת ביטולים סופי: מאחר ומדובר בקבוצה סגורה ותהליך מובנה, לא ניתן יהיה לבטל את ההשתתפות או לקבל החזרים כספיים לאחר המפגש ה-4 של אותו מחזור.
6. אי הגעה למפגשים אינה מהווה הודעת ביטול, ואינה פוטרת מהמשך התשלומים שנקבעו.
7. במקרה של מחלה ממושכת (עם הצגת אישור רפואי) או אירוע חירום, יבחן כל מקרה לגופו למציאת פתרון הולם.
8. במקרה של פרוץ מלחמה או מגיפה או כל מקרה חריג אחר במועדי הפעילות, גלית מאושר תהייה רשאית להפסיק את פעילות הסדנה. במקרה זה יוחזרו דמי התשלום על הימים בהם לא התקיימה פעילות בלבד.

הצהרת בריאות

הנני מצהיר בזאת:

☐ לא ידוע לי על רגישויות או מגבלות בריאותיות המונעות מבני / בתי להשתתף בכל פעילויות הקייטנה.

☐ יש לבני / בתי מגבלות בריאותיות

תיאור הבעיה הרפואית: _____

יש צורך לקחת באופן סדיר תרופות מסוג _____

*באחריות ההורה לשלוח את התרופות עם הילד

יש אלרגיה / רגישות ל _____

אופן החזרת הנרשם/ת הביתה

בסוף יום הקייטנה בני/בתי הולכים הביתה:

☐ באופן עצמאי ☐ בליווי של _____

(יש לציין מי אוסף את הילד/ה)

הנני מבקש להפיק קבלה על שם _____

ת.ז./ח.פ. _____

הנני מאשר/ת שקראתי והסכמתי לתקנון הסדנה לעיל.

הנני מאשר/ת הצהרת בריאות לעיל.

שם מלא _____ ת.ז. _____

תאריך _____ חתימה _____

את הטופס החתום יש להחזיר לכתובת galit.diorama@gmail.com

או לואטסאפ 054-9950503