



תאריך פתיחה

שם הקורס המבוקש

איך הגעת אלינו

← פרטים אישיים

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תז. _____
 תאריך לידה _____ רחוב _____ מס בית _____ עיר _____
 מיקוד _____ טל' בבית _____ טל' בעבודה _____ טל' נייד _____
 דוא"ל _____ חבר קופ"ח (הקף בעיגול): מכבי / כללית / מאוחדת / לאומית / חייל / חיילת

← השכלה

תעודת בגרות (הקף בעיגול): כן / לא. מדריך / מאמן מוסמך: כן / לא
 תואר אקדמי B.A / M.A / P.h.d בתחום _____

← הצהרת בריאות

- האם אתה במצב גופני טוב? כן / לא
- האם אתה סובל מבעיות גב כלשהן? כן / לא
 אם כן פרטי: _____
- האם אתה סובל מלחץ דם גבוה או מבעיות לב כלשהן? כן / לא
 אם כן פרטי: _____
- האם את בהריון? כן / לא

← תשלום

מצורף בזה תשלום עבור דמי הרשמה בסך _____ ש"ח בצ'ק / מזומן / כרטיס אשראי _____
 סוג הכרטיס _____ שם בעל הכרטיס _____ תוקף _____
 מס' הכרטיס _____ מס' תז. בעל הכרטיס _____
 * ניתן לשלם בכל אחד מאמצעי התשלום הנ"ל. דמי הרשמה לא יוחזרו בשום מקרה.

← אני הח"מ, מאשר/ת בזאת קבלת דיוורים בדוא"ל אלקטרוני ו/או מסרונים מביה"ס למקצועות הספורט בנושאי הקורסים השונים ובנושאים כלליים נוספים, ללא ציון המילה פרסומת בגוף ההודעה.

← הצהרה

אני הח"מ מאשר כי קראתי בעיון את כל הרשום בטופס ובכתקנון ההרשמה וכי תוכנם מוסכם עלי. כמו כן הנני מצהיר כי הפרטים הם מלאים ונכונים.

← חתימה
