



טופס הרשמה לשנת הלימודים

הנחיות למילוי טופס ההרשמה:

- אנא הקפד למלא את טופס ההרשמה בדיוקנות (כולל מילוי תצהיר רופא. ניתן לצרף אישור רפואי מרופא המשפחה בנפרד). את הטופס יש לשלוח לכתובת: המרכז הישראלי להסמכות בספורט, פוריה, כפר עבודה, ת.ד. 107, מיקוד 15220.
- יש לצרף דמי הרשמה על סך 300 ₪ בצ'ק לפקודת יובל המרכז הישראלי להסמכות בספורט.

ברצוני להרשם לקורס מדריכים ב

פרטים אישיים:

שם משפחה: _____ שם פרטי _____

ת.ז. _____ תאריך לידה _____ מין: ז / נ

כתובת: _____

טל. בבית: _____ נייד: _____ טל. בעבודה: _____

דואר אלקטרוני: _____ E-MAIL: _____

חבר קופת חולים _____ (התלמיד חייב להיות חבר באחת מקופות החולים)

אישור רפואי

תצהיר

אני הח"מ ד"ר _____ מאשר בזה, כי אני מכיר את

מר/גב' _____ ת.ז. _____

לפי מיטב ידיעתי ולאחר ששאלתי אותו על מצב בריאותו, מחלותיו, אשפוזיו בעבר ובהווה ולפי בדיקות שערכתי, אין במצבו הגופני, והבריאותי דבר העלול למנוע ממנו/ה להשתתף בלימודים המעשיים בקורס.

תאריך _____ חתימה _____ חותמת _____

הצהרת התלמיד

הנני מצהיר בזאת, כי כל הפרטים המופיעים בטופס ההרשמה נכונים. ומאשר כי הרשמתי כפופה לכל סעיפי התקנון של המרכז.

שם הסטודנט _____ חתימה _____