



**טופס רישום – מאמאנט תשע"ה**

שם ושם משפחה : \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מס. ת"ז : \_\_\_\_\_

תאריך לידה : \_\_\_\_\_

טלפון בית : \_\_\_\_\_

טלפון נייד : \_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני (e-mail) : \_\_\_\_\_

**הצהרת בריאות:**

1. הנני מצהירה בזאת כי מצב בריאותו/ה תקין והוא/היא יכול/ה להשתתף בחוג, מידה ולא פרט \_\_\_\_\_

2. הנני מאשר/ת קבלת פרסום באמצעו דואר אלקרוני / sms. כן / לא (סמן בעיגול).

ויזה / ישראלכרט / דיינרס / אחר

מס' כרטיס : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

תאריך : \_\_\_\_\_ חתימה : \_\_\_\_\_

מרכז קהילתי "עופר" רח' הבנים 5 בת ים  
טלפון: 03-5516556 פקס: 03-5514923