למועמדים שלום

שלום רב ,

**הנדון: טופסי הרשמה למכללה**

לאחר מילוי כל טפסי הרשמה המצ"ב שהורדתם באתר המכללה יש לצרף את המסמכים הבאים: (יש לסרוק או לצלם בצורה ברורה וקריאה ).

* צילום תעודת בגרות
* אישור ציון מבחן פסיכומטרי כפי שקיבלתם מהמרכז הארצי לבחינות.
* צילום מבחן יע"ל
* תעודת שחרור מצה"ל (תעודה לבנה ולא חומה ) שכתובה בה הערכת חייל.
* צילום ת.ז.
* תעודות והמלצות נוספות כגון: המלצה מהמאמן, מהאיגוד, או מהמפקד בצה"ל, מקום עבודה אחרון .
* חובה להביא 4 תמונות פספורט בזמן ראיון הקבלה – תלמיד שלא יציג תמונות לא יוכל להמשיך בהרשמתו.
* תלמידים שאין בידם עדיין זכאות לבגרות יציגו אישור ממשרד החינוך על המקצועות שעליהם להשלים כדי לקבל תעודת בגרות.
* קורות חיים בקצרה
* אישור רפואי מרופא משפחה

הערות:

1. מועמדים שלא יצרפו את כל המסמכים הנדרשים הרשמתם תתעכב עד לקבלת כל המסמכים .
2. מועמדים שטרם נגשו למבחן פסיכומטרי או למבחן יע"ל עליהם להציג אישור הרשמה למבחן הקרוב.
3. את כל הטפסים יש להעביר דרך המייל randk@wincol.ac.il או דרך הפקס 09-8639377 הטפסים צריכים להיות בכתב יד ברור וקריא .
4. לכל שאלה ניתן ליצור קשר במדור רישום וקבלה לתואר ראשון

09-8693252 09-8639239

בברכה

צוות רישום וקבלה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **המכללה האקדמית בוינגייט** | כל הנאמר בלשון זכר מתייחס גם לנקבה | לפני מילוי הטופס יש לעיין ב"הוראות למילוי טופס רישום" |

טופס רישום - למועמד סדיר

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **פרטים אישיים** | | |  |
| **מספר תעודה מזהה** | **סוג תעודה** | תאריך מילוי |  |
|  | סוג. | תאריך. |  |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **מין** | **שם משפחה קודם** |
|  |  |  |  |
| **שם משפחה באנגלית** | **שם פרטי באנגלית** | **שם האב** |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **כתובת קבועה** | | | | **ישוב** | | | **מיקוד** | | **טלפון** | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
| **כתובת בזמן הלימודים** | | | | **ישוב** | | | **מיקוד** | | **טלפון נייד** | |
|  | | | |  | | |  | |  | |
| **דואר אלקטרוני** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **מען למכתבים** | | | **מצב אישי** | | | | | **מס' ילדים** | | **ארץ לידה** |
|  | | | בחר פריט. | | | | |  | |  |
| **תאריך לידה עברי** | | | **תאריך לידה לועזי** | | | | | **אזרחות ישראלית** | | **לאום** |
|  | חודש | יום | שנה | | חודש | יום | |  | | בחר |
| תאריך עליה | | | סוג תושב | | | | |  | |  |
|  | חודש | יום | תושב | | | | |  | |  |
| 1. **מבחן פסיכומטרי** | | | | | | | | | | |
| * נרשמתי למרכז לפסיכומטרי למועד: | | | | | | | | | | |
| נבחנתי מבחן פסיכומטרי בשנה"ל:  בציון:  במוסד: | | | | | | | | | | |
| נבחנתי מבחן פסיכומטרי בשנת:  בציון: | | | | | | | | | | |
| שפת מבחן: בחר פריט. | | | | | | | | | | |
| 1. **השכלה** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **לימודים אקדמיים / על תיכוניים (יש לצרף אישורים)** | | | | | | | |
|  | | | | | |  | |
|  | | | | | | מס' שנות הלימוד כתלמיד מן המניין: | |
|  | | | | | |  | |
|  |  | | | | | שם המוסד: | |
|  |  | | | | | שנת סיום: | |
|  |  | | | | |  | |
| **שם ביה"ס תיכון אחרון** | | **הישוב של ביה"ס התיכון** | | **שנת סיום** | | | מקום ביה"ס |
|  | |  | |  | | | בחר פריט. |
| סוג ביה"ס התיכון בארץ | | | סוג ת. בגרות | |  | |  |
| בחר פריט. | | | בחר פריט. | |  | |  |
| אחר: | | | אחר: | |  | |  |

הנני מצהיר כי אגש במועד הקיץ הקרוב לבחינות הבגרות החסרות הבאות:







נא לצרף אישור הרשמה לבחינה.

חתימה: 

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **שירות צבאי / לאומי** | | | | | |
| שירות צבאי / לאומי | תאריך תחילת שירות | | תאריך סיום שירות | | סיבה לפטור משירות סדיר |
| בחר פריט. | לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. | | לחץ או הקש כאן להזנת תאריך. | | בחר פריט. |
| אחר: |  | |  | |  |
| אם שרתת בצה"ל | |  |  | |  |
| מס' אישי: | | דרגה: | | שירות מילואים: בחר פריט. | |
|  | |  | |  | |
| פרטים נוספים | | | | | |
| מימון שכ"ל ממקורות שאינם עצמיים | | שם מקור המימון שאיננו עצמי | | ביטוח רפואי | |
| בחר פריט. | | בחר פריט. | | בחר פריט. | |
|  | | אחר: | | אחר: | |
|  | |  | |  | |
|  | |  | | חתימה: | |

**ניסיון בעבודה חינוכית** (פרט בסדר כרונולוגי: מקומות עבודה, סוג תפקיד, שנות עבודה, יש לצרף אישורים):

הקלד פה

פרטים נוספים מקורות החיים העשויים לדעתך לסייע בהחלטה לקבלך (נא לא לחזור על פרטים שכבר מולאו בטופס זה):

הקלד פה

הצהרה:

ידוע לי, כי הפרטים הממולאים על ידי בטופס יועלו למחשב למטרות ניהול פדגוגי מוסדי.

ידוע לי, כי חלק מהנתונים יועברו ללשכה המרכזית לסטטיסטיקה ולמשרד החינוך במסגרת ניהול מערכות כספיות ומערכות מידע, זאת ע"פ הנהלים הקיימים, המידע לא ישמש לצרכים אחרים.

הנני מתחייב/ת לקרוא ולמלא אחר תקנון המוסד ולציית לכל החלטותיו במשך כל זמן לימודי בו. כמו כן אני מתחייב/ת לשלם את שכר הלימוד החל עלי על פי הוראות שיפרסם המוסד, כפוף להנחיות משרד החינוך. אני מקבל/ת עלי לחתום על טופס ההתחייבות לתשלום שכר הלימוד. כל עוד לא חתמתי על טופס כזה, ישמש מסמך זה כהוכחה לחובתי זו.

הנני מצהיר בזאת שמילאתי את כל הפרטים הנדרשים בטופס זה וכי הפרטים מלאים ונכונים.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תאריך. |  |  |  |
| תאריך |  |  | חתימה |

**אישור רפואי והצהרה – מועמד ללימודים**

**חלק א' – אישור רופא**

אל המכללה האקדמית בווינגייט

אני הח"מ ד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ העובד ב: (כתובת פרטית או כתובת המוסד) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, אני החתום מטה רופא מומחה בתחום\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*מאשר בזה כי אני מכיר את מר / גב' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שכתובתו/ה היא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מיום \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ולפי מיטב ידיעתי, לאחר ששאלתיו/ה על מצב בריאותו/ה, מחלותיו/ה אשפוזו/ה וליקוייו/ה הגופניים בעבר ובהווה, ולפי מיטב הבדיקות שערכתי כדלקמן:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם הרופא: |  | חתימה: |  |
|  |  |  |  |
| תאריך: |  | חותמת: |  |

מאשר כי אין **במצבו/ה הגופני או הנפשי**, של \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_אין דבר העלול למנוע ממנו/ה ללמוד במוסד להכשרת מורים לחינוך גופני ולהשתתף בפעילות גופנית מאומצת וללמוד הוראה לגילאי הגן, בית ספר יסודי, חטיבת ביניים ובית ספר תיכון, כולל הכשרה מעשית במוסדות אלו. כמו כן הנני מאשר כי אין במצבו/ה הנפשי או הגופני מצב העלול למנוע ממנו/ה לעסוק בהוראה בכל שלבי חינוך

\*\* אישור רפואי חתום ע"י רופא מומחה נדרש בעקבות בעיות אורתופדיות, נפשיות, נוירולוגיות ו/או אחרות קיימות. במצב זה אישור מרופא משפחה אינו מספק ויש להציג את האישור שלעיל חתום ע"י רופא מומחה ,כולל פירוט מהרופא המומחה לתחום הנבדק. במידה ועבר הסטודנט/ית ניתוח/ים או אושפז בבית חולים בגין הבעיה יש להצהיר על כך.

במידה והמועמדת הנה בהריון, יש לעדכן ולמסור על כך לרופא ולהציג אישור רופא ספציפי לפיו אין מניעה להשתתף במבדקים המעשיים למועמדים וכן הצהרת מועמדת בהריון.

מועמדת בהריון שהתקבלה ללימודים תידרש להמציא אישור רפואי ספציפי להשתתפות בקורסים מעשיים עפ"י נהלי המכללה. **חלק ב' - הצהרה**

אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת. זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שכתובתי היא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצהיר/ה בזה:

א. כי הודעתי לרופא ד"ר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ על כל מחלותי בעבר ובהווה, וכי מסרתי לו את כל הפרטים שביקש ממני, "לרבות לגבי מצבי הגופני והנפשי " וכי השיבותי תשובות מלאות ונכונות על כל השאלות ששאל, וכי הודעתי לו על כל מחלותי בעבר ובהווה ועל אשפוזי בעבר ובהווה, ומתחייב להודיע על שינוי שיחול על מצבי הבריאותי.

ב. ידוע לי, שאין באישור זה וגם לא בקבלתי ללמוד במוסד להכשרת מורים כדי לחייב את משרד החינוך והתרבות להעסיקני עם תום לימודיי ובכל זמן לאחר מכן, וכי לשם קבלת עבודה בהוראה אצטרך לעבור בדיקות רפואיות לפי הנוהל למועמדים לשירות המדינה ,והן שתקבענה, נוסף לנתונים אחרים את כושרי ואת קבלתי לעבודה זו.

ג. ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת ביטוח בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה. תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# שאלון עבר רפואי למועמדים חדשים

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מספר תעודה מזהה** | **סוג תעודה** | תאריך מילוי |  |
|  | סוג תעודה | ‏תאריך |  |
| **שם משפחה** | **שם פרטי** | **מין** | **גיל** |
|  |  |  |  |

1. **מצב בריאותי:**

האם את/ה סובל/ת מן התחומים שלהלן ?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | במנוחה | | במאמץ | |
| 1. | חולשה ועייפות |  |  |  |  |
| 2. | סחרחורת |  |  |  |  |
| 3. | קוצר נשימה |  |  |  |  |
| 4. | כאבים בחזה |  |  |  |  |
| 5. | כאבי ראש |  |  |  |  |
| 6. | כאבי גב |  |  |  |  |
| 7. | כאבי מפרקים |  |  |  |  |
| 8. | אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |  |  |

1. **כיצד תגדיר/י את מצבך הבריאותי הכללי כיום?** טוב מאוד

1. **עבר רפואי:**

סמן/סמני X אם הינך בריא/ה! מלא/י את הפרטים אם הנך סובל/ת או סבלת מהמחלות שלהלן:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | שם המחלה | בריא | סובל או סבלתי בעבר | | באיזו שנה |
| האבחנה המדויקת | הטיפול שקיבלת |
|  | איבוד הכרה |  |  |  |  |
|  | יתר לחץ דם |  |  |  |  |
|  | שומנים בדם (טריגליצרידים, כולסטרול) |  |  |  |  |
|  | סכרת |  |  |  |  |
|  | מחלת לב |  |  |  |  |
|  | הפרעות בדרכי הנשימה |  |  |  |  |
|  | אלרגיה |  |  |  |  |
|  | הפרעות בדרכי העיכול |  |  |  |  |
|  | הפרעות בכליה ובדרכי השתן |  |  |  |  |
|  | בקע מפשעתי (שבר) |  |  |  |  |
|  | מחלות מפרקים |  |  |  |  |
|  | כאבי גב |  |  |  |  |
|  | שיתוק ילדים |  |  |  |  |
|  | נכות |  |  |  |  |
|  | אפילפסיה (מחלת הנפילה) |  |  |  |  |
|  | מגרנות |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | שם המחלה | בריא | סובל או סבלתי בעבר | | באיזו שנה |
| האבחנה המדויקת | הטיפול שקיבלת |
|  | צהבת |  |  |  |  |
|  | מחלה ממארת |  |  |  |  |
|  | מחלות עור |  |  |  |  |
|  | מחלות זיהומיות |  |  |  |  |
|  | אשפוז |  |  |  |  |
|  | ניתוח |  |  |  |  |
|  | אוושה/רשרוש |  |  |  |  |
|  | בעיות לב במשפחה |  |  |  |  |
|  | פגיעת ראש |  |  |  |  |
|  | אחר ציין שם: |  |  |  |  |

1. **שברים:** 
   1. לא
   2. כן, מיקום: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
      מיקום:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **פגיעות אחרות (חבלות, תאונות, נקעים, כוויות וכו:)**
   1. לא
   2. כן, פרט/י: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **צריכת תרופות באופן קבוע?** 
   1. לא.
   2. כן, שם התרופה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המינון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם התרופה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המינון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם התרופה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המינון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **רגישות לתרופות?** 
   1. לא.
   2. כן, רגישות ל: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **עישון סיגריות:** 
   1. האם את/ה מעשן/נת ? כן / לא
   2. העם עישנת בעבר ? כן / לא
   3. מתי הפסקת לעשן? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **חיסונים:** 
   1. מתי חוסנת לאחרונה נגד טטנוס? בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
   2. האם חוסנת נגד הפיטיטיס B (צהבת)? כן בשנת:\_\_\_\_ \_\_\_\_ לא
   3. חיסון אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ בשנת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. **פרט/י האם סבלת מבעיות בריאות אחרות שהגבילו אותך בעבר:  
   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **אם לא גויסת לצה"ל מסיבות רפואיות או אם שוחררת מצה"ל עקב סיבות רפואיות, אנא פרט/י:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. **מידע ביטוחי:**

ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה. פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת תוקף ביטוח זה בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין ו/או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה.

**אני מצהיר/ה בזאת שהפרטים והמידע שמסרתי הם נכונים ומתחייב/ת להודיע בכתב למכללה על כל שינוי במצב בריאותי.**

**חתימת המועמד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 תאריך: תאריך.

לכבוד

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פעילות חברתית, תרבותית ותחביבים (לא כולל אימון גופני)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **תאור הפעילות / תפקיד** | | | | | | | | **מס' שנים** | | | | | **הערות** | | | | |
| תנועת נוער (חניך מדריך) | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| מועצת תלמידים | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| מקהלה | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| אומנויות | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| טיולים במסגרת קבועה | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| אחר (פרט) | | | | | | | |  | | | | |  | | | | |
| **מוסיקה** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **כלי נגינה עיקרי** | | | **מס' שנות נגינה** | | | | **מסגרת (אישית, בחוג, בביה"ס, תזמורת, אחר)** | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **השתתפות בקורסים להכשרת מדריכים (נא לצלם צילומי תעודות)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **מסגרת הכשרה** | | | | | | | | **משך הקורס** | | | | | | **סוג התעודה** | | | |
| קורסים להדרכה בענף הספורט.... (פרט) | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| קורס מדא"ג בצה"ל | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| קורסים אחרים בצה"ל: קורס קצינים, | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| מכי"ם, חוויה.... פרט: | | | | | | | |  | | | | | |  | | | |
| **ניסיון הדרכה** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **מקום/תחום** | | **נושא הדרכה / פרוט התפקיד** | | | | | | | **גיל החניכים** | | | | **מס' שנים** | | | **הערות** | |
| תנועת נוער | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| בית ספר | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| אגודת ספורט | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| מתנ"ס | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| צה"ל | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| אחר – פרט: | |  | | | | | | |  | | | |  | | |  | |
| **עיסוק בפעילות גופנית ובספורט עממי** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **סוג הפעילות הגופנית** | | | | **מפעלים עממיים בהם השתתפת** | | | | | | **מס' שנות פעילות** | **הערות** | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  |  | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | |  |  | | | | | | |
| **פעילות בספורט תחרותי** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ענף ספורט | מס' שנות פעילות | | | | **רמת התחרות** | | | | | | | | | | | | |
| נבחרת לאומית | אגודה בליגה ראשונה | | אגודה אחרת | | | | נבחרת נוער | | | נבחרת בית ספר | | אחר - פרט |
|  |  | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |
|  |  | | | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  |

לכבוד

**מורה לחינוך גופני**

**חוות דעת על מועמד/ת ללימודים במכללה האקדמית בוינגייט**

שם המועמד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם בית הספר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**הנך מתבקש לסמן X במשבצת המתאימה , ולפרט את חוות דעתך בהערות (חובה ):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **מספר** | **התחום להערכה** | **אין דעה** | **נמוך**  **2-4** | **בינוני**  **5-7** | **גבוה**  **8-10** |
| 1 | **יכולת גופנית והישגים ספורטיביים** |  |  |  |  |
| 2 | **ידע בתחומי הספורט** |  |  |  |  |
| 3 | **כנות ויושר** |  |  |  |  |
| 4 | **מנהיגות** |  |  |  |  |
| 5 | **שיתוף פעולה עם אחרים** |  |  |  |  |
| 6 | **יכולת עבודה עצמית** |  |  |  |  |
| 7 | **מהווה דוגמא אישית בהתנהגותו/ה** |  |  |  |  |
| 8 | **יכולת התבטאות בעל פה** |  |  |  |  |
| 9 | **משתתף /פת פעיל בנבחרות בית הספר** |  |  |  |  |
| 10 | **בעיות משמעת או בעיות התנהגותיות** |  |  |  |  |

**הערות: (נא לכתוב את חוות דעתך ).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תאריך: |  | חותמת בית הספר: |  |

לכבוד

**מנהל בית הספר**

**חוות דעת על מועמד/ת ללימודים במכללה האקדמית בוינגייט**

שם המנהל:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם בית הספר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם המועמד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ למד במוסדנו בשנת\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הנך מתבקש לסמן X במשבצת המתאימה , ולפרט את חוות דעתך בהערות (חובה ):**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **מספר** | **התחום להערכה** | **אין דעה** | **נמוך**  **2-4** | **בינוני**  **5-7** | **גבוה**  **8-10** |
| 1 | **יכולת גופנית והישגים ספורטיביים** |  |  |  |  |
| 2 | **התעננות וידע בתחומי החינוך הגופני והספורט** |  |  |  |  |
| 3 | **כושר מנהיגות** |  |  |  |  |
| 4 | **גילוי יוזמה** |  |  |  |  |
| 5 | **ביטחון עצמי ושליטה עצמית** |  |  |  |  |
| 6 | **סדר, ניקיון והופעה** |  |  |  |  |
| 7 | **תרומה לפעילות חברתית** |  |  |  |  |
| 8 | **שיתוף פעולה** |  |  |  |  |
| 9 | **חשיבה יצירתית ויכולת עבודה עצמית** |  |  |  |  |
| 7 | **כושר התבטאות בכתב ובעל פה** |  |  |  |  |
| 8 | **בעיות משמעת או בעיות התנהגותיות** |  |  |  |  |

**הערות: (נא לכתוב את חוות דעתך ).**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תאריך: |  | חותמת בית הספר: |  |

**אל: המועמדים ללימודי שנה א' ,הכשרת אקדמאים ותוכניות לימודים להוראת החינ"ג לשנת הלימודים תש"פ**

שם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שלום רב,

**הנדון: מבחני יכולת מעשיים**

בחוזר זה מפורטים דרישות המבחנים בענפי הספורט האישיים והקבוצתיים כדלקמן:

**מבחן כושר גופני ( ביפטסט )הינו חובה.** בנוסף עליך לבחור **אחד** מענפי הספורט האישיים **ואחד**

מענפי הספורט הקבוצתיים שבהם הינך מעוניין/ת להיבחן.

ענפי ספורט אישיים: ענפי ספורט קבוצתיים:

1. התעמלות 1. כדורסל
2. תרגיל תנועתי 2. כדורגל

3. כדורעף

אנא הקפד/י למלא את הפרטים האישיים.

במהלך תקופת ההרשמה תזומן/ני למבחני היכולת המעשיים כמוזכר לעיל.

**הנחיות ודגשים למבחנים המעשיים:**

* למבחן המעשי עליך להגיע בתלבושת ספורט נוחה ומתאימה.
* עליך להגיע מוכן למבדק. (לאחר חימום הגוף, וללא תכשיטים כעגילים ושרשראות), עליך להתכונן בהתאם למבדק שבחרת
* **חלה חובה הצגת אישור רפואי והצגת הצהרת בריאות לפני ביצוע המבדקים המעשיים.**
* **תשומת לבכם, ללא מסירת מידע רפואי מלא ושלם בטרם המבדקים לגבי מצבכם הרפואי (מחלות, בעיות קיימות, הריון) הנכם עלולים לבצע מבדקים מעשיים שעלולים לסכן את בריאותכם והמכללה לא תהא אחראית לכל נזק כאמור.**

**המבחנים יתקיימו אחת לחודש ומועדי הבחינות יפורסמו בנפרד.**

**הערה: למי שלא עמד בדרישות תנתן הזדמנות פעם נוספת בלבד!**

**אנו מאחלים לכם הצלחה במבחנים.**

בברכה,

מדור רישום וקבלה

***התעמלות***

**בבחינות הכניסה ייבדקו יכולותיך הבסיסיות לעמוד במשימות הנלמדות בקורסי ההתעמלות במכללה. הכנה מתאימה לבחינות תסייע לך לעמוד בהצלחה בקורסים אלו.**

עליך להיבחן בארבעת מכשירי ההתעמלות על פי ההנחיות הבאות:

**קרקע**

בצע 4 אלמנטים שאתה שולט בביצועם. ניתן לבצע ברצף או כאלמנטים בודדים.

אלמנטים לדוגמא: נר, גלגול לפנים, גלגול לאחור, עמידת ידיים, גלגל, עמידת ראש, קפיצה ערבית..

**מתח/טבעות**

10 שניות שהייה בתליית און (תלייה על המתח במרפקים כפופים סנטר מעל המתח).

או

5 עליות מתלייה לתליית און (="עליות מתח").

**קורה**

הליכה על קורת שיווי משקל, ביצוע מאוזן (כלשהו), ירידה בניתור מקצה הקורה לעמידה על מזרן נחיתה.

**ארגז קפיצות**

עמידה על מקפיצה שמוצבת ליד ארגז אורך, ידיים מונחות בקצה הארגז.

מספר ניתורי הכנה, עלייה לעמידה שפופה על הארגז, קימה לעמידה עליו, התקדמות עד קצה הארגז, ניתור משתי רגלים לעמידה על מזרן הנחיתה.

***תרגיל תנועתי***

המבחן מיועד למועמדים בעלי ידע באחד מסגנונות המחול ו/או מקצועות התנועה המשיקים להם

(בלט קלאסי, מחול מודרני, מחול עכשווי, מחולות עם ואופי, ג'אז, היפ-הופ, פלמנקו, ריקודי נשף, התעמלות ספורטיבית ואומנותית, אומנויות לחימה וכו').

**המבחן יכלול מרכיב חובה ומרכיב רשות, כדלהלן:**

1. **מרכיב החובה (2 – 3 דקות):**

הנבחן/ת יחבר קטע תנועתי **אישי** מותאם למוזיקה מוקלטת וערוכה. הרצף התנועתי יבוצע בשטף תוך שינויי מהירות ודינמיקה, ניצול רמות גובה וכן שימוש בשינויי כיוונים תוך התקדמות במרחב.

(**יש להביא אתכם את הדיסק**). **(לא ניתן להביא דיסק און קי )**

המרכיבים הבאים ישולבו בקטע (לא בהכרח בסדר זה):

* ביצוע מיומנויות של שיווי משקל – איזון על רגל אחת ועל חלקי גוף נוספים.
* ביצוע רצף של קפיצות גדולות תוך צעדי מעבר ביניהן – 5 סוגי קפיצה, תוך שימת דגש על צורת הגוף בעת המעוף.
* בצוע סיבובים – על רגל אחת (במקום) או תוך כדי התקדמות, אפשר גם קפיצות בסיבוב.
* בצוע תרגילי/מצבי גמישות בסיסית .

**הערה: הבוחן רשאי להוסיף או לגרוע בתחנות הנבדק!**

1. **מרכיב הרשות – לבחירה (1:30 – 2 דקות):**

הצגת קטע {נוסף} בסגנון בו הנבחן/ת שולט/ת היטב, ויש בו אפשרות להבעה אישית.

כאן הכוונה לאחד מהסגנונות המוזכרים בפתיח.

**מבחן הביפ טסט (בדיקת יכולת אירובית – כושר גופני )**

מבחן ביפ הוא מבחן ריצה רב- שלבי לבדיקת יכולת אירובית ועוד. במבחן זה הנבחנים רצים הלוך ושוב בין שני קווים שהמרחק ביניהם הוא 20 מטר. קצב הריצה מוכתב על ידי אותות (ביפים) המושמעים על ידי תקליטור. בהישמע הביפ הנבחנים רצים אל הקו שממול ואם הם מגיעים אליו לפני הישמע הביפ הבא עליהם לחכות שם.

המבחן מורכב מכמה שלבים, כל אחד מהם מהיר מקודמו. השלב הראשון מתנהל בקצב איטי: 9 שניות ל- 20 מטר (8.0 קמ"ש). לאחר כדקה התקליטור מודיע כי מתחיל שלב חדש והקצב מתגבר בחצי קמ"ש. כאמור בכל שלב המהירות גוברת עד אשר הנבחן אינו יכול להמשיך עוד ואז מסתיים המבחן עבורו.

הניקוד למבחנים מופיע בטבלה הבאה:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ציון** | **תוצאות בנות** | **תוצאות בנים** |
| נכשל | 5.30 דקות ומטה | עד 7 דקות ומטה |
| עובר | 5.30 דקות ומעלה | 7 דקות ומעלה |
| מצויין | מעל 9 דקות | מעל 10 דקות |

הסבר לביצוע יינתן ע"י צוות הבוחנים במקום.

**משחקי כדור:**

***כדורגל***

* כדרור מנקודה א' לנקודה ב' (כ 20 – 30 מטר).
* מסירה ועצירת כדור בזוגות (בעמידה ובתנועה).
* שליטה ומיומנות אישית בכדור, ראש ובעיטות לשער.
* משחק קטרגל קצר (משחק צוות).

***כדורסל***

* שליטה בכדור , וכדרור ביד ימין וביד שמאל.
* צעד וחצי בימין ובשמאל.
* שינוי כיוון בכדרור.
* כדרור-בלימה- קליעה בתנועה.
* משחק 1X 1 – 2 X 2 .

**מהלך המבחן:**

1. כדרור צעד וחצי – הנבחן יכדרר מסל לסל ויבצע שתי כניסות לסל בצעד וחצי.
2. שינוי כיוון וכניסת צעד וחצי – עם שינוי כיוון בימין ובשמאל, קליעות מקו העונשין, מבחן אובייקטיבי ואחוזי קליעה.

***כדורעף***

הסטודנטים ייבחנו ברביעיות (2 זוגות) במשך כ – 12 דקות לרביעייה.

**נושאי המבחן:**

1. חימום אישי.
2. מסירה עלית/קבלה תחתית בזוג.
3. ביצוע פעולות הגנה בזוג.
4. הנחתה מעמדות 4 ו – 2.
5. משחק 2 X 2.

סיכום: בתום המבדק המעשי בכל התחנות ירוכזו התוצאות ויירשמו בתיק המועמד . המועמדים יקבלו את תוצאות המבחנים המעשיים בהודעת S.M.S לאחר מספר ימים.

בהצלחה

צוות הבוחנים

**תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**טופס בקשה למעונות לשנה"ל תשפ"א**

טופס זה מיועד להרשמה ראשונית למעונות. עקב מספר המיטות המצומצם העומד לרשות הסטודנטים במכללה, ומכיוון שאין ביכולתנו לאפשר לכל המבקשים לגור במעונות, ועדת הרישום והקבלה במכללה תעביר להנהלת המעונות שבמכון את ההמלצה לזכאים שיעמדו בקריטריונים בלבד, וזאת לאחר ראיון אישי.

**לתשומת ליבכם:** רק מי שהתקבל למכללה יקבל בשלב מוקדם את המעונות , תלמידים שטרם יקבלו אישור קבלה מהמכללה יהיו במעמד המתנה למעונות עד אשר יקבלו אישור קבלה למכללה.

1. **פרטים אישיים**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ד | ג | ב | א | ז / נ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| שנת לימוד | | | | מין | שנת לידה | | | | ת.ז. | | | | | | | | | שם משפחה | שם פרטי |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| כתובת מגורים עדכנית מתחת לגיל 18 | מספר נפשות בבית | מספר טלפון נייד | | | | | | | | | |

1. תרומה חברתית בעבר או בהווה פרט:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. שירות בצה"ל (סמן בעיגול) כן / לא, תאריך גיוס: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך שחרור:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
   לא חייב שירות פרט:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ד. דרכי הגעה למכללה: נא לסמן בעיגול רכב פרטי/תחבורה ציבורית.

**- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - למילוי המשרד - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -**

**המלצת ועדת רישום וקבלה: תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

זכאי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

בהמתנה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נדחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\* מילוי טופס זה אינו מהווה אישור לקבלת מעונות לשנת הלימודים תש"פ**, אנו ממליצים להגיש את הבקשה ואת הטופס מוקדם ככל האפשר על מנת שנוכל לטפל בבקשה לקבל מעונות בהקדם האפשרי.

גביה באמצעות כרטיס אשראי

**תשלום דמי ההרשמה בסך של 456 ₪ יבוצע בכרטיס אשראי . יש למלא את הטופס המצורף בזה ולשלוח אותו למייל :** [**randk@wincol.ac.il**](mailto:randk@wincol.ac.il) **(המייל הינו מאובטח.)**

**תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**מספר טלפון סלולרי:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**סוג כרטיס: ויזה , ישראכרט, דיינרס , אמריקן אקספרס )נא לסמן בעיגול,**

**הנני מאשר לגבות סך של 456 ₪ עבור דמי הרשמה לתואר ראשון/ הסבת אקדמאים / תואר שני פרטי כרטיס אשראי:**

**מספר כרטיס:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**תוקף הכרטיס:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

**שם בעל הכרטיס:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ת.ז. של בעל הכרטיס\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ :**

**ניתן גם לשלוח לפקס : 8639377-09**

תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הצהרה וויתור על תביעות לנשים בהריון – מבדקי יכולת מעשיים במסגרת מבחני קבלה ללימודים במכללה**

1. הנני מבקשת כי למרות היותי בהריון תאשרו לי, על אחריותי הבלעדית, להשתתף במבדקי יכולת מעשיים במסגרת מבחני קבלה ללימודים במכללה בתאריך \_\_\_\_\_\_\_ :

ענף ספורט אישי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ענף ספורט קבוצתי :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ המבדקים הנ"ל כוללים פעילות גופנית מעשית.

השתתפותי במבדקים הינה ע"פ בחירתי החופשית והמליאה.

1. ידוע לי שהסכמתכם לבקשתי מבוססת על הצהרתי והתחייבותי במסמך זה וכן על אישור רופא מוסמך, המאשר לי באופן ברור וללא הסתייגות והגבלה להשתתף בפעילות גופנית מעשית במבדקי היכולת בתאריכים שלעיל, לאחר שאציג לו את תכנית המבדקים והוא יאשר ע"ג האישור הרפואי או בחתימתו על תכנית המבדקים כי עיין בתכנית. ידוע לי כי הסכמתכם מותנית בקבלתם של הצהרתי החתומה ואישור הרופא כאמור לעיל.
2. בנוסף, ידוע לי והנני מסכימה כי היענותכם לבקשתי מותנית בכך שהנני פוטרת בזה אתכם ואת כל הבאים מכוחכם ו/או מטעמכם מכל אחריות, חוזית ו/או בנזיקין, לרבות ברשלנות, לכל נזק או פגיעה או החמרתה אם, חס וחלילה, יגרמו לי עקב ו/או בקשר להשתתפותי במבדקים שלעיל והיותי בהריון.
3. הנני מתחייבת להודיעכם מיד ובכתב על כל שינוי במצב בריאותי ו/או ביכולתי המלאה להמשיך ולהשתתף במבדקים ובדבר כל הגבלה, אם תחול, בקשר לכך.
4. הנני מודעת לכל התוצאות והסיכונים האפשריים בקשר עם השתתפותי במבדקים למרות היותי בהריון, ומקבלת על עצמי, ע"פ בחירתי החופשית והמליאה ובאופן בלעדי את כל האחריות לכך ומתחייבת שלא להגיש כל תביעה נגדכם או נגד מי מעובדיכם או נגד משרד החינוך בקשר לכל פגיעה או נזק בקשר לאמור.
5. הנני מתחייבת לשפות אתכם במלוא ההוצאות, התשלומים והנזקים אם יגרמו לכם, בגין כל תביעה אם תוגש נגדכם על ידי או על ידי מי מטעמי או במקומי.
6. אין באמור כדי לגרוע או לשנות מאילו מהתחייבויותיי האחרות בקשר להשתתפותי במבדקים והאמור לעיל בא להוסיף על כך, ובכל מקרה, גובר על כל מסמך או התחייבות אחרים, אם יש בניהם סתירה.
7. ידוע לי כי פוליסת תאונות אישיות הקיימת במכללה אינה מכסה כל נכות שהייתה קיימת לפני תחילת תוקף ביטוח זה. פוליסה זו אינה מכסה כל החמרה בנכות או באי כושר עבודה שהיו קיימים לפני תחילת תוקף ביטוח זה בגין תאונה או מחלה הנובעת במישרין ו/או בעקיפין ממחלה או נכות שהיו קיימים לפני אותה תאונה או מחלה.
8. ידוע לי כי צוות ההוראה במבדקים אינו מוכשר ו/או מוסמך לבצע התאמות של תוכנית הפעילות הגופנית המעשית במבדקים למצבי הריון.
9. הנני מאשרת כי קראתי והבנתי והנני מסכימה, ללא כל הסתייגות, לכל האמור בהצהרתי והתחייבותי שלעיל.

שם:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עד לחתימה :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנו הח"מ, המכללה האקדמית בוינגייט, מאשרים השתתפותך במבדקים המנויים ברשימה שלעיל, כפוף לאישור הרופא, להצהרתך, ולהתחייבותך שלעיל.

המכללה האקדמית בוינגייט :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_