

טופס הרשמה

תוכנית הסמכה מודולרית בניתוח תנועה בגישת לאבאן / ברטנייף LIMS בישראל

להנחת הרישום המוקדם, יש למלא ולשלוח עמודים 1-5 עד לתאריך 12/5/17 ל:
laban.bartenieff@gmail.com

אנא צייני/ את המודולה הרצויה:

מודולה 1 מודולה 2 מודולה 3 מודולה 4 תוכנית מלא

א. מידע כללי

שם: _____

כתובת: _____ עיר: _____ מיקוד: _____

דוא"ל: _____

מס' טלפון בבית: _____ מס טלפון בעבודה: _____

מס טלפון נייד: _____

תאריך לידה: _____

עיסוק: _____

אזרחות: _____

שפות: אנגלית / שוטף / רמה בינונית / חלשה

_____ שוטף / רמה בינונית / חלשה

_____ שוטף / רמה בינונית / חלשה

II. השכלה

אנא צייני/ מוסדות (אקדמיים / לימודי תעודה) בהם למדת, שנים בהן למדת, התעודה והתואר שקבלת. אנא צרפי עותק של תעודת הסיום מהאוניברסיטה / מוסד בו למדת.

| | |
|----------------|----------------|
| מוסד הלימודים: | מוסד הלימודים: |
| תאריכים: | תאריכים: |
| תעודה / תואר : | תעודה / תואר: |
| מוסד הלימודים: | מוסד הלימודים: |
| תאריכים: | תאריכים: |
| תעודה / תואר : | תעודה / תואר: |

III. ניסיון בתנועה ומחול - פרטי את הניסיון שלך בעבר ובהווה.

IV. ניסיון בעבודה (ניתן לצרף קו"ח)

V. אנא צייני/כל בעיה רפואית או פגיעה גופנית שעלולה להשפיע על עבודתך בלימודים או שעלינו כצוות לדעת עליה. (שימי לב לטופס הרפואי למילוי על ידי הרופא שלך - המצורף בסוף הטופס הרישום).

VI. חיבור

אנא כתבי חיבור אישי בו את משתפת אותנו בתובנות, רגשות וחוויות סביב התהליך התנועתי. לדוגמא, אילו דברים העצימו / אפשרו / אתגרו את התפתחותך האישית? אילו תפקידים מילאה התנועה בחייך עד כה?

בנוסף, פרטי מדוע הינך מעוניינת בהכשרה ומה מטרותיך ויעדיך (המקצועיים כמו גם האישיים) בהרשמך לתכנית? במילים אחרות, מה את מקווה להשיג מהשתתפותך בתכנית?

אופי הלימודים בתכנית כולל לימוד בקבוצה ודינמיקה בקבוצה. אנא התייחסי לתחומיך וחוויתך את עצמך בתוך קבוצה. מה לדעתך את מביאה ללימוד קבוצתי, אילו יתרונות או אתגרים את רואה בדרך לימוד כזו?

את מוזמנת, כמובן, לכלול כל מידע נוסף שלדעתך יעזור לנו להכיר אותך.

אורך החיבור הרצוי 2-3 עמודים.

VII. מחויבות נוספות בתקופת ההכשרה

אנא פרטי/ בקצרה לגבי מחויבויות לעבודה/לימודים/ עניינים אישיים בשלב זה בחייך. הוסיפי מידע לגבי מחויבויות נוספות שידרשו את משאביך במהלך לימודי ניתוח התנועה בגישת לאבאן / ברטניף.

VIII. דרישות קדם

תוכנית ההסמכה מועברת ברמה של תואר שני ומהווה מסגרת עבודה מודולרית אינטנסיבית. מצופה שהמועמדים יהיו בעלי ידע בסיסי טוב בתחום לימודי האנטומיה, קנזיולוגיה והפיסיולוגיה של התנועה. אנא פרטו מהו הרקע שלך בתחום זה.

בנוסף, אנא פרטו אם קיים רקע ונסיון בלימודי LMA ו- BF . (שיעורים/סדנאות, היקף, מי היו המורות שלך)

המלצות מקצועיות נשלחו ל:

1. שם: _____
קשר למועמדת: _____
כתובת: _____
דוא"ל: _____

2. שם: _____
קשר למועמדת: _____
כתובת: _____
דוא"ל: _____

XI: הצהרה

אני מאשרת כי כל המידע שמסרתי - כחלק מטופס ההרשמה ללימודי הסמכה בניתוח תנועה בגישת
לאבאן - ברטנייף, במרכז להנחיה אינטגרטיבית בקבוצות בשילוב LIMS - נכונים. כמו כן, אני
מאשרת ומבינה שכל המסמכים וההוכחות צריכים להישלח כדי שיידונו בטופס הבקשה שלי.

שם המועמדת:

חתימת המועמדת: _____ תאריך: _____

Check List:

- 5000 דמי רישום ללא החזר (פטור לנרשמים לפני ה 7.5.17)
- טופס הרשמה
- שתי תמונות פספורט
- הצהרה
- מסמכי סיום דרישות הקדם + אישורי לימודים
- שני מכתבי המלצה שנשלחו לממליצים
- טופס בדיקה רפואית מלא

טופס אישור: כשירות לפעילות פיסית ובריאות נפשית

לימודי הסמכה בניתוח תנועה ע"פ לאבאן / ברטנייף

שם המועמד/ת: _____

הרשומ/ה לעיל נרשמ/ה ללימודי הסמכה בניתוח תנועה על פי לאבאן / ברטנייף, הדורשים, עקב האופי האינטנסיבי של התוכנית, רמה נאותה של בריאות נפשית ויכולת גופנית.

לדעתך - בריאות/ה הכללית של המועמד/ת היא: מעולה / טובה / סבירה

האם למועמד/ת יש היסטוריה של פציעה / מחלה רצינית (נפשית ו/או פיסית)? כן / לא

אם כן, אנא פרטי:

האם המועמד/ת סובלת מכאב כרוני או מוגבלות? כן / לא

אם כן, אנא פרטי:

להערכתך, האם יש בעיה גופנית או נפשית שתמנע מהמועמד/ת להשתתף בתוכנית אינטנסיבית ומאומצת זו? כן / לא

אם כן, אנא פרטי:

אנא בקשי מרופא המשפחה או ממטפל מוסמך למלא אישור זה עבורך.

שם הרופא/ה המטפל/ת: _____ תחום עיסוק: _____

חתימה: _____

כתובת: _____ דוא"ל: _____

מכתב המלצה מקצועי

לימודי הסמכה בניתוח תנועה ע"פ לאבאן / ברטנייף

שם המועמד/ת: _____

ממליצ/ה יקר/ה,

הרשומה לעיל נרשמה ללימודי הסמכה בניתוח תנועה ע"פ לאבאן / ברטנייף וציינה אותך כממליצ/ה.

נודה לך מאד על שיתוף בדעתך לגבי יכולת/ה של המועמד/ת להשתתף בלימוד מקצועי תיאורטי ומעשי של תנועה דינאמית.

נשמח להתייחסות לכישורי התנועה של המועמד/ת (אם ידוע לך), יכולת לחשוב חשיבה מופשטת, יכולת להיות חלק מקבוצה ולעבוד במבנה לימודים אינטנסיבי.

בנוסף, ציינ/י את משך זמן היכרותך את המועמד/ת והקשר היחסים ביניכם.

אנו מודים לך על הקדשת הזמן והנכונות.

שם: _____ חתימה: _____

תאריך: _____

מכתב המלצה מקצועי

לימודי הסמכה בניתוח תנועה ע"פ לאבאן / ברטנייף

שם המועמד/ת: _____

ממליצ/ה יקר/ה,

הרשומה לעיל נרשמה ללימודי הסמכה בניתוח תנועה ע"פ לאבאן / ברטנייף וציינה אותך כממליצ/ה.

נודה לך מאד על שיתוף בדעתך לגבי יכולת/ה של המועמד/ת להשתתף בלימוד מקצועי תיאורטי ומעשי של תנועה דינאמית.

נשמח להתייחסות לכישורי התנועה של המועמד/ת (אם ידוע לך), יכולת לחשוב חשיבה מופשטת, יכולת להיות חלק מקבוצה ולעבוד במבנה לימודים אינטנסיבי.

בנוסף, ציינ/י את משך זמן היכרותך את המועמד/ת והקשר היחסים ביניכם.

אנו מודים לך על הקדשת הזמן והנכונות.

.

שם: _____ חתימה: _____

תאריך: _____

טופס הרשמה לשנה"ל תשע"ח

בתי הספר ללימודי תעודה ולהשתלמויות



מ.ת. זהות/ דרכון

שם משפחה

שם פרטי

מין ז נ

טלפונים

טלפון בית

טלפון נייד

כתובת קבועה

מיקוד

שם משפחה קודם

רח' מס' עיר

כתובת דואר אלקטרוני – E-mail @

תאריך לידה אזרחי

שנה חודש יום

| שעות | שם הקורס | שעה | יום | קוד הקורס |
|------|----------|-----|-----|----------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | <input type="text"/> |

סה"כ שעות

נא להקיף בעיגול את הפרטים הרלוונטיים לך:

- | | | |
|---|--|--|
| <p>סגל ההוראה ועובדים</p> <p>1 סגל המכללה</p> <p>2 מורה מאמן</p> <p>3 גימלאי של ארגוני המורים</p> <p>4 קרבה ראשונה של חבר סגל מכללה</p> <p>5 גמלאי של המכללה</p> <p>6 מורה בביה"ס להשתלמויות</p> <p>7 גמלאי אחר</p> | <p>מסלול פיתוח מקצועי</p> <p>1 אופק חדש</p> <p>2 עוז לתמורה</p> <p>3 גמולי השתלמות</p> | <p>חבר בקרן השתלמות (למשתלמים בשבתון בלבד)</p> <p>1 הסתדרות המורים</p> <p>2 ארגון המורים</p> |
|---|--|--|

לשימוש המשרד בלבד:

.....

.....

.....

.....

.....

יש למלא את הטופס משני צדדיו ולשלוח לפקס מס' 09-8639350 או למייל: sechisht7@wincol.ac.il טל' 09-86392333

המכללה לחינוך גופני ולספורט ע"ש זינמן במכון וינגייט בע"מ (חל"צ)

הנני מתחייב/ת למלא אחר תקנות המכללה ולעמוד בכל החלטותיה במשך תקופת לימודיי במכללה, ובקשר לכך. הנני מתחייב/ת לשלם במלואם ובמועד את התשלומים, כפי שנקבעו ו/או ייקבעו על ידיכם ובתוספת הפרשי הצמדה למדד ו/או ריבית, כפי שתהיה נהוגה במכללה באותה עת, ומעת לעת, כאשר הבסיס הינו מדד חודש אפריל 2017.

הנהלת המכללה רשאית לשנות את שיעורי התשלומים, את תנאיהם ואת מועדיהם. אם לא אעמוד בתשלומים במלואם או במועד הנקוב לתשלום, תהיו רשאים להפסיק את לימודיי מבלי לפגוע בזכותכם לכל סעד אחר, ומבלי שיהא בכך כדי לפטור אותי מתשלום לפי כללי המכללה, בתוספת ריבית פיגורים בשיעור שייקבע על ידי המכללה באותה עת. ידוע לי והנני נותן/ת הסכמתי כי אם לא יוסדר התשלום בגין דמי ההשתתפות עד מועד פתיחת הקורס בהוראת קבע/באמצעות קרן השתלמות (למורים בשבתון)/באמצעות פיקדון צבאי, ייגבה התשלום באמצעות כרטיס אשראי שמופיע בטופס הרישום. ידוע לי והנני מסכים/ה כי תכנית הלימודים כפופה לשינויים, לרבות החלפת המורים וצוות מפעילי הקורסים. ידוע לי והנני מסכים/ה כי יתכנו שינויים בנהלי ההכרה לגמול השתלמות על פי החלטות האגף להשתלמויות עובדי הוראה במשרד החינוך, כמו כן, לא יאושר גמול השתלמות עבור קורסים שנלמדו בעבר. הנני מתחייב/ת להמציא אישור הוצאה רפואי חתום על ידי רופא המאשר את כשירותי לעסוק בפעילות גופנית עד למועד תחילת הקורס. ידוע לי שהאחריות למסירת האישורים הללו חלה עלי. ידוע לי כי אי המצאת האישורים עלולה לגרום לביטול לימודיי, ובכל מקרה אני אשא במלוא האחריות לכל תוצאה שתיוגר לי, בעקבות מצב בריאותי אשר לא דווח למכללה, כאמור לעיל. ידוע לי והנני מאשר כי פרטי ההתקשרות עימי (מספר נייד/כתובת דוא"ל) ישמשו את המכללה למשלוח דיוורים פרסומיים וזאת כל עוד לא אודיע לה אחרת. לאחר שקראתי כתב התחייבות זה בעיון וכן את ידיעון ביה"ס להשתלמויות של המכללה לשנה"ל תשע"ח, והבנתי את תוכנם ואת המשמעויות הנובעות מהם, הנני מאשר/ת בחתימת, ומרצוני החופשי, את הסכמתי ואת התחייבותי לכל האמור.

חתימת הנרשם

תאריך מילוי הטופס

סדרי התשלום

ראה הפרק הזן בסדרי התשלום בידיעון בתי הספר ללמודי תעודה ולהשתלמויות.

א. דמי הרישום ישולמו באמצעות כרטיס אשראי.

ב. את דמי ההשתתפות בקורסים אבקש לשלם באמצעות: (סמן ✓ במקום המתאים)

- תשלום במזומן.
- כרטיס אשראי (ניתן לשלם עד 10 תשלומים בתנאי שיש מסגרת אשראי מתאימה).
- הוראת קבע בכרטיס אשראי עד 7 תשלומים.
- הוראת קבע (יש לצרף את ספח הוראת הקבע חתום ע"י הבנק, ניתן לשלם עד 7 תשלומים ובלבד שהתשלום האחרון יבוצע לפני תום הלימודים בקורס).

ניתן להוריד טפסים באתר המכללה, להחתימם בבנק ולהחזירם למכללה לא יאוחר משבועיים לפני תחילת הלימודים (להורדת הטופס: www.wincol.ac.il ← לימודי תעודה ← טפסים ← טופס הוראה לחיוב חשבון)

המשך הרשאה לחיוב חשבון הבנק בהוראת קבע מהשנה שעברה (משתלמים ממשיכים בלבד).

קרן השתלמות (למורים בשבתון)

פיקדון צבאי (לקורס מאושר בלבד)

ג. במקרה של החזרי תשלומים אבקש לזכות את חשבון הבנק שלהלן:

שם הבנק _____ מספר הבנק _____ שם הסניף וכתובתו _____

מספר הסניף _____ מספר חשבון הבנק _____ חתימת המשתלם _____

| פרטי כרטיס האשראי | | | | | | | | | | |
|---|---|-------------|---|------|--|---|----------|--|---|-----|
| שם המשתלם: _____ | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">סוג הכרטיס:</td> <td style="width: 10%;">1</td> <td style="width: 80%;">ויזה</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2</td> <td>ישראלכרט</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> <td>אחר</td> </tr> </table> | סוג הכרטיס: | 1 | ויזה | | 2 | ישראלכרט | | 3 | אחר |
| סוג הכרטיס: | 1 | ויזה | | | | | | | | |
| | 2 | ישראלכרט | | | | | | | | |
| | 3 | אחר | | | | | | | | |
| מס' הכרטיס | _____ | | | | | | | | | |
| תוקף הכרטיס | _____ | | | | | | | | | |
| שם בעל הכרטיס | ת.ז. _____ | | | | | | | | | |
| אפשרויות התשלום (סמן x במקום המתאים): | | | | | | | | | | |
| דמי רישום: | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> דמי רישום בלבד (תשלום אחד) | | | | | | | | | | |
| שכר לימוד: | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> תשלום אחד במזומן | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> בתשלומים, מס' התשלומים המבוקש: _____ | | | | | | | | | | |
| 10 תשלומים שווים לכל היותר בתנאי שיש מסגרת אשראי מתאימה) | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> הוראת קבע בכרטיס אשראי עד 7 תשלומים | | | | | | | | | | |
| חתימת בעל הכרטיס | | | | | | | | | | |
| לשימוש המשרד בלבד | | | | | | | | | | |
| דמי רישום: _____ | | | | | | | | | | |
| שכר לימוד: _____ | | | | | | | | | | |
| סה"כ לחיוב: _____ | | | | | | | | | | |