



תאריך: \_\_\_\_\_

## פרטי הילד / ילדה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות
כתובת מגורים		תאריך לידה
טלפון	פקס	דואר אלקטרוני

## הקשר להבקש הנקשה:

הורה המבקש עבור עצמו/ הורה או אפוטרופוס המבקש עבור תלמיד - יש להוכיח באמצעות תעודת זהות/ צו אפוטרופוסות ולצרף את המסמך:

שם קופת החולים של מבקש ההתאמות: \_\_\_\_\_  
 אם ההתאמות עבור תלמיד - שמות מוסדות החינוך שבהם למד התלמיד בעבר (לרבות מען וטלפון): \_\_\_\_\_

שמות, מען וטלפון של גורמים נוספים (חינוך, בריאות, בריאות הנפש, רווחה, הביטוח הלאומי, גורמים פרטיים ועוד) שטיפלו בעבר בתלמיד או בהורה בעל המגבלה והמכירים אותו: \_\_\_\_\_

תאריך

חתימת הורה

**נאחז לילדכם שנת ליחודים פוריה.**

בכל מקום בו מוזכר לשון זכר הכוונה גם ללשון נקבה.  
**הרשמה באתר העירוני חוסכת לכם זמן!**

[www.rehovot.muni.il](http://www.rehovot.muni.il)