

טופס הרשמה

מספר תיק: _____

מידע כללי					
	שם משפחה:	שם הילד/שם לתפילה:	ת.א.ר.:	ת. לידה:	ת. לידה:
	ת.ז.:	מקום לידה:	מקום לידה:	ת. לידה:	ת. לידה:
	טלפון בבית:	מצב משפחתי:	<input type="checkbox"/> חד הורית <input type="checkbox"/> דו הורית	קופת חולים ובטוח משלים: (זהב/כסף/שיא/עדיף/מושלם)	גיל בהרשמה:
	כתובת:	כיתה ומספרה ברשימת הכיתה:			
	לומד ב:	טלפון מלמד(ת):			
	איך שמעתם עלינו:	כתובת אימיל:			

פרטי ההורים					
	שם האב:	ת.ז.:	מקום לידה:	ת. לידה:	ת. לידה:
	עיסוק:	מקום עיסוק:	מקום לידה:	שעות עבודה / לימוד:	ת. לידה:
	טלפון נייד:	טלפון עבודה/ישיבה:	טלפון אחר:	שעות עבודה:	ת. לידה:
	מקום לימודים:				
	שם האם:	ת.ז.:	מקום לידה:	ת. לידה:	ת. לידה:
	עיסוק:	מקום עיסוק:	מקום לידה:	שעות עבודה:	ת. לידה:
	טלפון נייד:	טלפון עבודה:	טלפון אחר:	שעות עבודה:	ת. לידה:
	מקום לימודים:				

פרטי על אחים ואחיות							
	שם	(ז)כר (נ)קבה	גיל	שם	פרטים נוספים	שם	(ז)כר (נ)קבה

סיבת הבקשה:

סודיות מובטחת - אני מבקש/ת את עזרת הארגון עבור בני/בתי ונותנים בזאת אישור להעביר במידת הצורך, חומר רפואי, פרא רפואי, חינוכי, ו/או התפתחותי למטפלים או גורמים מוסמכים לצורך המשך הטיפול. אני מודע כי לאנשים מסוימים האמונים לא מועילים ומתחייב שלא לתבוע ו/או לפגוע בזכויות הארגון או במי מטעמו מכל סיבה שהיא: שם _____ חתימה _____