



מועצה אזורית חוף אשקלון
אגף החינוך

בקשה לסייעת רפואית אישית

לשנת הלימודים

תאריך: _____

פרטי הילד:

שם הילד: _____ תאריך לידה: _____ ת.ז. (של הילד): _____

טל' נייד: _____ יישוב מגורים: _____

אי-מייל: _____

שם המוסד לימודים: _____ כיתה: _____

הסיבות לקבלת האישור :

- יש לצרף אישור רפואי בתוקף.
- יש לצרף ספח תעודת זהות עם כתובת + שמות הילדים

באר גנים * בית שקמה * ברכיה * בת הדר * גברעם * גיאה * הודיה * זיקים * חלץ * ד-מרדכי * כוכב- מיכאל * כפר
סילבר כרמיה * מבקעים * משען * ניצנים * ניצן * ניצן ב' * ניר- ישראל * נתיב העשרה * תלמי - יפה

ת.ד. 90000 • מיקוד 78100 • אשקלון
טלפון: 08-6775596 • פקס: 08-6775590 • אי-מייל: ilanap@hof-ashkelon.org.il