



טופס בקשה לביטול כישום

תאריך: _____

פרטי הילד:

מספר זהות	תאריך לידה ____/____/____	שם הילד/ה
כתובת מגורים _____		
פקס ____-____	נייד ____-____	טלפון ____-____

הצרכן/הורח:

אני _____ ההורה של הילד שפרטיו כתובים למעלה,

בעל מספר זהות _____

מבקש לבטל כישום החל מתאריך ____/____/____

הסיבה לביטול הכישום:

מעבר דירה ליישוב אחר

כתובתנו החדשה: רחוב _____ מס' _____ ישוב _____

רישום למוסד חינוכי פרטי

שם המוסד: _____

כתובת: _____

חתימת ההורה: _____

את הטופס ניתן לשלוח לפקס: 08-9408241 או בדוא"ל: hganrave@iula.org.il