אגף החינוך כפר-סבא
מדור רישום

תאריך מסירת הטופס_____

טופס הגשת ערער על שיבוץ בית הספר
לשנת הלימודים תשע"ח

שם משפחה _____ שם פרטי_____ ת"ז_____

תאריך לידה_____ כתובת התלמיד/ה _____

שם האם _____ ת"ז_____ נייד_____ מייל_____

שם האב _____ ת"ז_____ נייד_____ מייל_____

שם הביה"ס ששובצת _____

שם הביה"ס המבוקש _____

נימוקי הערר (סמן את הנימוק המתאים וצרף מסמכים בהתאם)

☐ סיבה רפואית (יש לצרף אישורים רפואיים)

☐ סיבה סוציאלית (יש לצרף מכתב מעו"ס ואישורים רלוונטיים)

☐ אחר, פרט בקצרה את סיבת הערר

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

לתשומת לבכם: את הערר יש להגיש בצורה ברורה ותמציתית על גבי טופס זה בלבד. בקשה שלא תוגש בטופס ערר זה בליווי מסמכים תומכים (אם קיימים)- לא תידון בוועדה.

שם _____ חתימה _____

טלפון : 09-7649197
רחוב ויצמן 135, מתחם העירייה, כפר-סבא rishum@ksaba.co.il