

תאריך _____

בקשה לביטול רישום

אנו ההורים החתומים מטה, מבקשים לקבל ביטול רישום מתאריך _____

שם התלמיד/ה	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	בית ספר	כיתה

כתובת מגורים בכפר סבא : _____

שם ההורה _____ ת"ז _____ חתימה _____

שם ההורה _____ ת"ז _____ חתימה _____

הורים מצב משפחתי _____

יש לצרף תעודת זהות של שני ההורים כולל הספח עם פרטי הילד/ה

***במקרה של *הורה עצמאי: (גרוש/ה, רווק/ה, פרוד/ה, חד הורית/ת)**
יש לצרף לבקשה כתב הצהרה להורה עצמאי חתום ע"י עו"ד,
אותו ניתן למצוא דרך האתר העירוני

הסיבה לביטול הרישום:

מעבר דירה ליישוב אחר
רחוב _____ יישוב _____ רישום לבי"ס _____

עזיבת הארץ החל מתאריך ה _____

אבקש לקבל את ביטול הרישום באמצעות:

מס' פקס _____

מייל _____

נא לשלוח את הבקשה לכתובת מייל Avivita@ksaba.co.il

