

תאריך _____

בקשה לביטול רישום

אנו החתומים מטה, מבקשים לקבל ביטול רישום החל מתאריך _____

עבור:

שם התלמיד/תלמידה	מס' תעודת זהות	תאריך לידה	בית ספר	לכיתה

כתובת מגורים בכפ"ס: _____

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/ילדה
חוזה דירה ליישוב מגורים חדש

* במקרה של *הורה עצמאי:

יש לצרף כתב הצהרה והתחייבות להורה עצמאי (ניתן למצוא באתר העירוני)

הסיבה לביטול הרישום:

מעבר דירה ליישוב אחר

רחוב _____ יישוב _____

עזיבת הארץ החל מתאריך ה _____

אבקש לקבל את ביטול הרישום באמצעות:

מס' פקס _____

מייל _____

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

