



אגף החינוך  
עיריית קריית גת

תאריך: \_\_\_\_\_

**בקשה לביטול רישום לבית- ספר לשנת הלימודים-**

**פרטי ההורי המבקש:**

שם ההורה: \_\_\_\_\_ . מס' זהות: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ .

כתובת בקרית גת: \_\_\_\_\_ . טלפון: \_\_\_\_\_ .

פקס: \_\_\_\_\_ . מייל: \_\_\_\_\_ .

**פרטי התלמיד/ים**

שם התלמיד	ת.זהות	ת.לידה	מין	בית ספר	כיתה

סיבת הבקשה: \_\_\_\_\_ .

שם ההורה: \_\_\_\_\_ . חתימה: \_\_\_\_\_

- נא לצרף ת.זהות.
- הורים פרודים יש לצרף אישור הסכמה מבן/בת זוג.
- אישור על שינוי כתובת.