 מרכז חינוכי טיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים מחוז צפון

כתובת: רחוב טרומפלדור, שיכון ב' ת.ד 812 טבריה

טלפון:04-6716274 פקס: 04-6712328

סמל מוסד משה"ח:225060 דוא"ל: [shema.tsafon@matya365.org.il](mailto:shema.tsafon@matya365.org.il)

לכבוד: מרכז טיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים – מחוז צפון

הנדון: **ויתור על שעות תמיכה לימודית**

הננו הורי התלמיד \_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מוותרים על שעות הלימוד שבננו/בתנו היה צריך לקבל ממורה המרכז הטיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים - מחוז צפון בשנת הלימודים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

|  |  |
| --- | --- |
| שם התלמיד/ה: | מס' ת.ז. |
| תאריך לידה: | שמות ההורים: |
| כתובת: | טלפון: |
| טלפון נייד: |  |
| לומד/ת בכיתה: | שם ביה"ס: |
|  |  |
| לשם כך באנו על החתום: |  |
| חתימת ההורים: | תאריך: |