

# כרטיס אישי

שם הילד/ה \_\_\_\_\_ שם משפחה \_\_\_\_\_ מספר ת.ז. \_\_\_\_\_

תאריך לידה עברי \_\_\_\_\_ תאריך לידה לועזי \_\_\_\_\_ נ / ז \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון בבית \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נייד האב \_\_\_\_\_

מקצוע \_\_\_\_\_ מקום העבודה \_\_\_\_\_ טל. בעבודה \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נייד האם \_\_\_\_\_

מקצוע \_\_\_\_\_ מקום העבודה \_\_\_\_\_ טל. בעבודה \_\_\_\_\_

מספר אחים ואחיות: \_\_\_\_\_

שם:	גיל:	מקום לימוד / עיסוק:

מספר טלפון לשעת חירום \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ קרבה \_\_\_\_\_

קופ"ח של הילד/ה \_\_\_\_\_ שם הרופא/ה \_\_\_\_\_ מס' טל. \_\_\_\_\_

רגישות לתרופות \_\_\_\_\_ רגישות לאוכל \_\_\_\_\_ אחר \_\_\_\_\_

שם הגן/ המוסד החינוכי בו למד/ה הילד/ה לפני כן \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_



סכום לתשלום \_\_\_\_\_

אופן התשלום: הוראת קבע / צ'קים (הקף בעיגול)

תשלום מקדמה: כן / לא

שעת הארכה: כן / לא (הקף בעיגול)