

לשימוש צרכי בית הספר

שובץ/ה לכיתה: \_\_\_\_\_

מגמה: \_\_\_\_\_

כרטיס תלמיד/הפרטי התלמיד/ה:

מס' ת"ז: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ ת.עליה: \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_  
 קופת חולים \_\_\_\_\_ שפת דיבור: \_\_\_\_\_ לאום: \_\_\_\_\_ נייד תלמיד/ה \_\_\_\_\_  
 האם קיים אבחון: כן/לא סוג אבחון: \_\_\_\_\_

כתובת:

ישוב: \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מס' בית: \_\_\_\_\_  
 כניסה: \_\_\_\_\_ מס' דירה: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_

פרטי הורה 1:

מס' ת"ז: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
 מס' שנות לימוד: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_  
 (במקרה של הורה גרוש) נא לציין כתובת נוספת: \_\_\_\_\_  
 כתובת איימל: \_\_\_\_\_

פרטי הורה 2:

מס' ת"ז: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_  
 מס' שנות לימוד: \_\_\_\_\_ מצב משפחתי: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_ עיסוק: \_\_\_\_\_  
 (במקרה של הורה גרוש) נא לציין כתובת נוספת: \_\_\_\_\_  
 שם ביה"ס קודם: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_  
 כתובת איימל: \_\_\_\_\_

הגנת הפרטיות

לפי סעיף 11 לחוק הגנת הפרטיות תשמ"א – 1981 אנו מודיעים בזה, שהנתונים המבוקשים ישמשו לביצוע חוקי החינוך וכל הקשור בלימודיו של הילד הנרשם במערכת החינוך. ידוע לי כי חלק מהנתונים יועברו לרשות מקומית ולמשרד החינוך והתרבות במסורת ניהול מערכות כספיות ומערכות מידע וזאת עפ"י הנהלים הקיימים.

חתימת ההורים: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

שם החותם: משפחה: \_\_\_\_\_ פרטי: \_\_\_\_\_

במקרה של הורים גרושים חובה להגיש טופס החתום ע"י עו"ד. או לחילופין למלא במעמד שני ההורים במזכירות.

הקמפוס הבין-תחומי ע"ש נ. ידלין

The N.Yadlin Interdisciplinary Campus

רח' יואל דרובין 37 ראשון-לציון 752313, טלפון – 03-7305885, פקס- 03-7303767

מייל: yadlinhativa@yadlin.org.il

