



עבור חודש שנה

פרטי איש הצוות החינוכי - שם מלא: _____ ת"ז: _____

סמנו V באפשרות המתאימה עבורכם: ☐ מורה ☐ סייעת/ת חינוכית ☐ מטפלת

אם את/ה מועסק/ת במוסד חינוכי רשמי/בעלות נא לציין את סמל המוסד החינוכי בו את/ה מועסק/ת: _____

אנו מאשרים ומצהירים בזאת כי התלמיד הנ"ל קיבל את שעות ההוראה, הסיוע והטיפול במועדים הבאים:

[illegible]

סה"כ שעות הוראה/סיוע לחודש:

סה"כ מפגשים לחודש:

פרטים אודות ביטול שיעור באותו היום בו אמור היה להתקיים השיעור בשל מצבו הבריאותי של התלמיד:

תאריך	שעות שיעור	חתימת ההורה

* אם בוטל מפגש עם התלמיד/ה מטעם עובד ההוראה או מטעם ההורים- ניתן יהיה להשלים את המפגש בתיאום מראש עם הורי התלמיד/ה באותו החודש.

חתימת איש הצוות החינוכי:_____

תאריך:_____