



עבור חודש כסלו שנה 2029

פרטי התלמיד/ה החולה - שם התלמיד/ה: שמי יוסף י ת"ז: 214661282 כתובת: בארן 1 לור הרצ
פרטי הורי התלמיד/ה החולה - שם ההורה: א'ה ת"ז: 027873348 שם ההורה: א'ה ת"ז: 057075070
פרטי איש הצוות החינוכי - שם מלא: דניאלה סלומי ת"ז: 033044306
סמנו V באפשרות המתאימה עבורכם: ☐ מורה ☐ סייעת חינוכית ☐ מטפלת
אם את/ה מועסקת במוסד חינוכי רשמי/בעלות נא לציין את סמל המוסד החינוכי בו את/ה מועסקת: 238121

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

[illegible]

סה"כ מפגשים לחודש: 12

סה"כ שעות הוראה/סיוע לחודש: 6 בבל
6 ביוני

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.

תאריך: 13/6/22

חתימת איש הצוות החינוכי: נוני הפסח