

מדינת ישראל

משרד החינוך

המנהל הפדגוגי

שרות פסיכולוגי ייעוצי

*אל: גזברות מחוז _____ מאת: *הרשות המקומית / בעלות: _____

*שם ביה"ס: _____ *סמל מוסד: _____ *מס. הבקשה במרכבה: _____ (*שדות חובה.)

דו"ח ביצוע סדנאות שאושרו למוסד החינוכי בנושא נטייה מינית וזהות מגדרית

תאריך ביצוע	שם הגוף המבצע	אוכלוסיית היעד – (הקף בעיגול) שכבה/צוות מס' סדנאות		סה"כ הסכום לתשלום (יש לצרף חשבונית)
		צוות גננות	צוות מורים	
		ז		
		ח		
		ט		
		י		
		יא		
		יב		

**הערות: אם מוזמנים שני גופים שונים, יש למלא עבור כל אחד מהם דוח ביצוע בנפרד, כנ"ל לגבי מועדי ביצוע הסדנאות. יש למלא לאחר כל פעילות דוח ביצוע על מנת שלא לעכב את התשלום לגוף המבצע. נא לשמור העתק מכל דוח וכל חשבונית על מנת לשלוח דוח מסכם בסוף שנת התקציב.

מאשר/ת כי הועברו מפגשי הכנה לפני הסדנא ועיבוד לאחריהן – שם היועצ/ת: _____ טל: _____

חתימת היועצ/ת: _____ חתימת מנהל/ת ביה"ס: _____ חתימת גזבר/ית הרשות/בעלות: _____

שם המפקח/ת על הייעוץ/מדריכ/ת מיניות _____ חתימת המפקח/ת על הייעוץ/מדריכ/ת מיניות _____