

תאריך: _____

בקשה להמשך ליווי לתלמיד עם זכאות לתומכת חינוך רפואית בחופשות

הריני להצהיר כי בני/בתי שם: _____ ת.ז. _____ :
 הלומד/ת בבית ספר/גן: _____ סמל מוסד: _____ בכיתה (כולל מספר כיתה): _____

1. נרשם/ה לתוכנית ניצנים בחופשות - בית ספר של החגים של משרד החינוך, בחופשת חנוכה- חורף/פסח אביב (יש לבחור בתוכנית הרלוונטית), ושולמה עבור/ה השתתפות הורים בתוכנית.
 2. זכאית לתומכת חינוך רפואית ומקבלת סיוע לאורך השנה בהתאם להחלטת ועדה מוסמכת.
 3. מקבלת סיוע גם בימי פעילות ניצנים בחופשות בהיקף שעות שבועי זהה למספר שעות הסיוע שמקבלת במהלך השנה.
- *יש לצרף צילום של אישור תשלום לפעילות ניצנים בחופשה הרלוונטית.

בברכה,

שם ההורה: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____ חתימה: _____

*במידה וההורים הנם גרושים/ פרודים – נדרשת חתימת שני ההורים, אחרת ניתן להסתפק בחתימת אחד ההורים.

חתימת נציג הרשות: _____ תפקידו: _____ חותמת הרשות: _____

(מנהל/ת ניצנים ברשות או מנהל/ת אגף חינוך)

שם תומכת החינוך: _____ ת.ז. _____