

טופס הרשמה לגן שלנו

פרטים על האב

שם האב: _____

עוסק ב: _____

טלפון בעבודה: _____

טלפון נייד: _____

E-mail: _____

אחר: _____

פרטים על הילד/ה

שם הילד/ה: _____

שם המשפחה: _____

תאריך הלידה: ___ / ___ / ___

מספר ת.ז: _____

כתובת: _____

מיקוד: _____

פרטים על קרוב אחר

שם: _____

סוג הקירבה: _____

עוסקת ב: _____

טלפון בעבודה: _____

טלפון נייד: _____

הערות: _____

פרטים על האם

שם האם: _____

עוסקת ב: _____

טלפון בעבודה: _____

טלפון נייד: _____

E-mail: _____

אחר: _____

הצהרת ההורה: כל הפרטים שנמסרו כאן, הינם נכונים. (נא לסמן ב - X בריבוע המתאים)

הילד/ה שלי, אינו סובל מבעיות רפואיות כלשהם, ואינו אלרגי לכלום.

הילד שלי, סובל מבעיות רפואיות, ו/או אלרגי, כדלהלן: _____

הילד שייך לקופת החולים: _____, סניף / כתובת: _____, טלפון: _____

הילד ישהה בגן, החל משעה: _____: _____, ועד השעה: _____: _____

שילמתי דמי הרשמה, על סך _____ ₪ במזומן / בצ'ק מס' _____, מס' חשבון _____

מס' סניף _____, משוך על בנק _____.

חתימת ההורה: _____