



המרכז הקהילתי החדש בקריית גת בע"מ (חל"צ)
מס' חברה 515007300
ת.ד 473 קריית-גת
08-6620888 פקס: 08-6817007

בס"ד

בקשה לביטול צהרון - שנת תשפ"ה

שם מלא של הילד/ה _____ ת.ז. של הילד/ה _____

שם ביה"ס : _____ כיתה : _____

הצהרת ההורה:

הריני מבקש/ת לבטל את הרישום של בני/בתי למסגרת צהרון החל מתאריך _____

סיבת העזיבה _____

שם ההורה _____

ת.ז. ההורה _____

חתימת ההורה _____

טלפון נייד _____

תאריך _____

- **ההורים יחויבו בתשלום מלא עד תום החודש בו התבצעה ההודעה.**
- **במהלך תקופה זו רשאי הילד לבקר בצהרון.**
- **ההחזר יתקבל תוך 45 ימי עבודה.**

את הטופס יש להחזיר חתום למייל moran.matnas3542@gmail.com או פקס 08-6817007.