

אגף החינוך

תאריך: _____

טופס הגשת ערר על שיבוץ בית הספר (חטיבת ביניים) לשנת הלימודים תשפ"ה

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת"ז _____

תאריך לידה _____ כתובת _____

עולה לכיתה _____

שם ההורה: _____ ת"ז: _____ נייד: _____

שם ההורה: _____ ת"ז: _____ נייד: _____

מייל: _____

שם החטיבה ששובצת _____

שם החטיבה המבוקשת _____

נימוקי הערר (סמן את הנימוק המתאים וצרף מסמכים בהתאם)

סיבה רפואית (יש לצרף אישורים רפואיים)

סיבה סוציאלית (יש לצרף מכתב מעו"ס ואישורים רלוונטיים)

אחר, פרט בקצרה את סיבת הערר

לתשומת לבכם: לא תתאפשר הגשת בקשה לשינוי השיבוץ ללא רישום בחטיבה בה שובץ התלמיד את הערר יש להגיש בצורה ברורה ותמציתית על גבי טופס זה בלבד.
בקשה שלא תוגש בטופס ערר זה בליווי מסמכים תומכים (אם קיימים) – לא תידון בוועדה

חתימת הורה 1 _____ חתימת הורה 2 _____