****

טופס רישום לכיתה העל אזורית -כיתת רפואה -לכיתה ז' בשנת הלימודים תשפ"א - עירוני א' חיפה

**הורים יקרים,**

**אנו מברכים על החלטתכם לרשום את ילדכם לכיתה העל אזורית -רפואה בבית הספר עירוני א' ובשיתוף בית החולים רמב"ם.**

**תנאי סף לקבלה**

**ציון מינימלי 90 במקצועות: מתמטיקה, מדעים, עברית.**

**ציון מינימלי בהתנהגות: טוב מאד.**

**נא מלאו באופן מדויק את הפרטים הבאים וצרפו תעודת מחצית א' של כיתה ו':**

* שם פרטי (תלמיד/ה - כפי שמופיע בתעודת הזהות)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* שם משפחה (תלמיד/ה - כפי שמופיע בתעודת הזהות) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* בוגר בית ספר יסודי
* דרור
* שלווה
* יבניאלי
* עין הים
* נירים
* חופית
* ליאו-בק יסודי
* עלייה
* נאות פרס
* אחר
* שם ההורה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* שם הורה נוסף\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* מין
* בן
* בת
* תעודת זהות תלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* תאריך לידה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* תאריך עלייה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* כתובת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* נייד תלמיד/ה
* נייד הורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נייד הורה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

יש לצרף את הקובץ ותעודת מחצית א ' למייל **rishtashafa@gmail.com**