**פרטים אישים להרשמה למעון "מבראשית" שלוחת מגדל עוז**

שם פרטי ומשפחה של הילד/ה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת. לידה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האם :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס פל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האב : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס פל : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מגורים : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חשוב ביותר : (רגישות לתרופות, למזון, בעיה בריאותית וכו'.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם קיבל/ה את כל החיסונים תואמים גיל לפי הנחיות מש' הבריאות : \_\_\_\_\_

שם קופ"ח בהם הילד/ה מבוטחים : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ממלא הטופס :\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה : \_\_\_\_\_