לכבוד:

מרכז טיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים – מחוז צפון

הנדון: **ויתור על שעות תמיכה לימודית**

הננו הורי התלמיד \_\_\_\_\_­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מוותרים על שעות הלימוד שבננו/בתנו היה צריך לקבל ממורה המרכז הטיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים - מחוז צפון בשנת הלימודים \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

|  |  |
| --- | --- |
| שם התלמיד/ה: | מס' ת.ז. |
| תאריך לידה: | שמות ההורים: |
| כתובת: | טלפון: |
| טלפון נייד: |  |
| לומד/ת בכיתה: | שם ביה"ס: |
|  |  |
| לשם כך באנו על החתום: |  |
| חתימת ההורים: | תאריך: |