

כרטיס סטודנטית

לשימוש המשרד: _____
מס' ימי לימוד: _____

מגמה _____ מחזור _____

שנה _____ 201 תשע" _____

נא למלא במדויק ובכתב יד ברור ולמסור למזכירות

א. פרטים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מ.זהות: _____ - _____
תאריך לידה: _____ / _____ / _____ מצב משפחתי _____ + _____ טלפון _____ - _____ נייד _____ - _____
כתובת: _____ רחוב _____ מס' _____ שכונה _____ עיר _____ מיקוד _____
טלפון לשעת חירום _____ - _____ שם _____ קופ"ח _____
מקום עבודה _____ טלפון _____ - _____
כתובת: _____ רחוב _____ מס' _____ שכונה _____ עיר _____ מיקוד _____
כתובת דואר אלקטרוני: _____

ב. השכלה

השכלה	בי"ס	שנ"ל	מגמה	תעודה
תיכונית				
על תיכונית				
אקדמית				
אחר				

ג. הצהרת בריאות

☐
הנני מצהיר/ה כי לרשום מעלה אין מגבלות רפואיות ומסוגלות לעמוד במאמץ הדרוש לתחום הפעילות. במידה ותהיה מגבלה רפואית אני מתחייב/ת לדווח בהקדם האפשרי.

☐
הנני מצהיר/ה כי למרות המגבלות הרפואיות המדווחות להלן הרשום מעלה מסוגלות לעמוד במאמץ הדרוש לתחום הפעילות.

רגישויות רפואיות: _____

תאריך: _____ חתימה: _____