

המדרשה
החסידית
לצעירים

מחנה קיץ

טופס הרשמה

שם התלמיד _____ מספר ת"ז _____

תאריך לידה ___/___/___

רחוב _____ מספר בית _____ עיר _____

קופת חולים _____

טלפון בבית _____ פלאפון הורים _____ / _____

האם בנכם נוטל תרופות? לא / כן פרט _____

האם בנכם רגיש לתרופות מסוימות? לא / כן פרט _____

האם בנכם אלרגי למשהו? לא / כן פרט _____

הערות _____

חתימת הורים _____