



תאריך: _____

לכבוד
היחידה לגיל הרך

הנדון: הרשאה לטיפול

אני הח"מ / שם ההורה / ו/או אפוטרופוס של הקטין/ה _____

מס' ת.ז. _____

אבא/אמא של הילד/ה שם ה _____ מס ת.ז. _____
נותן/ת בזאת את הסכמתי שבני/בתי יטופל במסגרת היחידה.

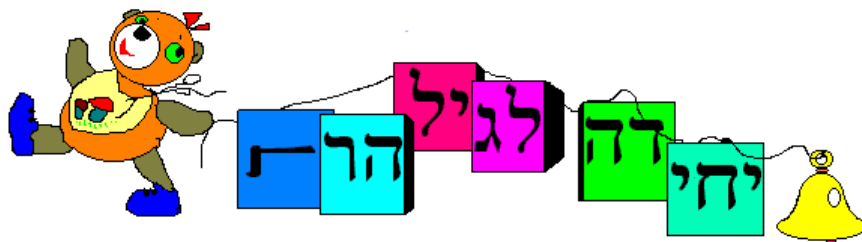
בברכה,

חתימה: _____

טלפון ופלאפון למידת הצורך _____

כתובת לשליחת מכתבים _____

יש לצרף העתק תעודות זהות למסמך זה !!!



טל: 5631942 פקס: 02-5631524
כתובת: כנפי נשרים 24, גבעת שאול ירושלים