

תאריך _____

השלמת פניה לוועדת חריגי גיל

פרטי התלמיד/ה

שם פרטי ומשפחה	מספר זהות
תאריך לידה	כתובת

פירוט הבקשה והסיבות להגשתה

פרטי ההורים

שם ההורה	שם ההורה
מספר זהות	מספר זהות
טלפון	טלפון
דוא"ל	דוא"ל
חתימה	חתימה

מצב משפחתי (סמנ/): רווק/ה גרושה פרוד/ה אלמ/ה נשוי/אה

*במידה וההורים חיים בנפרד, חובה לצרף מכתב מההורה הנוסף שנכתב ונחתם על ידו.

לידיעתכם, בשנת הלימודים העוקבת הילדים חריגי הגיל ישובצו שוב לשנתון טרום-טרום חובה.

את הבקשה יש לשלוח למרכז שירות חינוך

מרכז שירות חינוך

<p>קבלת קהל </p> <p>זימון תורים באתר העירייה אבן גבירול 69, תל-אביב, קומת הכניסה</p>	<p>מוקד טלפוני </p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">03-7244700</p>	<p>אתר האינטרנט </p> <p style="font-size: 1.2em; font-weight: bold;">www.tel-aviv.gov.il</p>
<p>מרכז שירות חינוך, אבן גבירול 69 תל-אביב, מיקוד 6416202, קומת הכניסה בדוא"ל: sherutedu@tel-aviv.gov.il פקס 03-5216447 חינוך בתל-אביב </p>		