



תאריך _____

בקשה להחזר הוצאות נסיעה

ת.ז: _____ שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

כתובת מגורים _____

נייד _____ - _____

אנו מבקשים החזר הוצאות נסיעה בגין: (נא לסמן את הסיבה)

1. מרחק מאזור המגורים
2. לימודים במגמת ספורט
3. לימודים בכיתת מחוננים
4. החלטת וועדה

שם בית הספר: _____ טלפון בית הספר _____ - _____

כתובת בית הספר: _____

מגמה: _____ כיתה: _____

שם האב: _____ ת.ז: _____

שם האם: _____ ת.ז: _____

שם בעל החשבון: _____ ת.ז בעל החשבון: _____

שם הבנק: _____ מספר סניף: _____ מס' חשבון בנק: _____

כתובת הבנק: _____

שימו לב!!!

יש לצרף לבקשה את המסמכים הבאים:

- צילום צ'ק או צילום כרטיס אשראי, או לחילופין אישור על ניהול חשבון מהבנק.
- הוכחת מגורים בכתובת ע"י צילום ת.ז. + ספח או חוזה שכירות או ספח ארמונה

ללא מסמכים אלו לא ישולם ההחזר.

*** תאריך אחרון להגשת הטופס - 1 במרס בכל שנה**

* ההורה מתחייב להודיע ליחידת ההסעות על כל שינוי במקום מגורי התלמיד אוו העברת התלמיד לבית ספר אחר. במקרים בהם יתקבל דיווח כאמור, ההורה יתחייב להחזיר לעירייה את הסכום היחסי העודף שקיבל.

שם ההורה וחתימתו

חתימה וחתימת בית הספר
מקיף ח'
שרית חחינוך חשש שנתית
ע"ש חיים בר לב
טל' 03-9516378

את הטפסים יש לשלוח בפקס או במייל: פקס: 03-6180356 מייל: Hasahot@rishonlezion.muni.il