

טופס עדכון הורה / אפוטרופוס לקטינים

אני _____ מספר זהות _____,

אביו/אמו/אפוטרופוס של הקטין/ים/ות (להלן: "הילדים"):

שם: _____ מספר זהות _____ תאריך לידה _____,

שם: _____ מספר זהות _____ תאריך לידה _____,

שם: _____ מספר זהות _____ תאריך לידה _____,

שם: _____ מספר זהות _____ תאריך לידה _____,

יש לצרף צילום תעודת זהות + הספח בו מופיעים הילדים או כתב מינוי כאפוטרופוס

אני מבקש/ת לקבל ממאוחדת מידע רפואי עבור הילדים בנפרד באמצעי התקשורת שלהלן:

דואר – לכתובת שלהלן:

רחוב: _____ מספר בית: _____ מספר דירה: _____

עיר: _____ מיקוד: _____

מסרון – לטלפון הנייד שמספרו: _____

דואר אלקטרוני – לכתובת: _____

אבקש לקבל גם כרטיס כפול עבור הילדים/ים הרשומים מעלה כן /לא

תאריך: _____ שם המבקש/ת _____ חתימה _____

בקשה זו יש להעביר למרפאה הקרובה למקום מגוריך וזאת על מנת לקבל מידע מלא עבור

ילדיך