



כ"ד אדר ב תשע"ד  
164330



03-9723076/ 25      **אגף חינוך וקהילה**  
**תאגיד חינוך**

## "בית הספר של החופש הגדול" קיץ של ידידות

אנו שמחים להודיעכם כי תוכנית "קיץ של ידידות" תופעל השנה לראשונה בבתי"ס לכיתות א-ב ע"י אגף חינוך וקהילה בחודש יולי 2014.

**מטרת התוכנית היא לאפשר לילדים המשך שיגרת בית הספר במהלך שלושת השבועות הראשונים של חופשת הקיץ.**

התכנית תפעל בין התאריכים **1-21/7/2014** כולל, בין השעות **08:00 עד 13:00**.  
5 ימים בשבוע למעט ימי שישי.

התכנית תפעל במבנה בית הספר המוכר לתלמידים (מותנה במספר נרשמים).

התלמידים ישתתפו בתוכנית למידה ייחודית, ערכית וחוויתית מגוונת סביב הנושא הארצי המרכזי "קיץ של ידידות". תכנית מפורטת באישור משרד החינוך ובפיקוח אגף החינוך תפורסם בהמשך.

את התכנית יפעילו: מורים מבתי הספר, סטודנטים להוראה, מדריכי תל"ן ומד"צים.

בכל יום יקבלו התלמידים ארוחה קלה.

**רישום:** מתקיים באגף חינוך וקהילה בתאריכים:

**בבוקר:** בין השעות 08:30-11:00

4,7,8 במאי 2014

**אחה"צ:** בין השעות 15:15-18:30

13 במאי 2014

**עלות:** 450 ₪ לתלמיד (לא כולל צהרון) לאחר סבסוד משרד החינוך.

מערך הסעות תלמידים לא יפעל.

**מידע נוסף:**

שאלות ותשובות אודות התכנית ניתן למצוא בכתובת האינטרנט של משרד החינוך:

[www.edu.gov.il/lomdimbegadol](http://www.edu.gov.il/lomdimbegadol)



03-9723076/ 25      **אגף חינוך וקהילה**  
**תאגיד חינוך**

**טופס פרטי רישום להשתתפות ב"בי"ס קיץ" תשע"ד**

**פרטי התלמיד:**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
שם בית הספר: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_  
כתובת + ת"ד: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_  
נייד אמא: \_\_\_\_\_ נייד אבא: \_\_\_\_\_

**פרטי המשלם:**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
ת.ז הורה רושם: \_\_\_\_\_

**אופן התשלום: הנני מעוניין לשלם** סך של **450 ₪** עבור "בי"ס קיץ" תשע"ד באחת מאפשרויות הבאות: (נא לסמן )

- מזומן (יש להגיע לאגף החינוך בימי הרישום)
- המחאה לפקודת "תאגיד החינוך שהם" לתאריך 30.06.2014 (ניתן להשאיר במוקד בבנין המועצה)
- כרטיס אשראי, (ניתן למסור במוקד בבנין המועצה או לשלוח בפקס 039731881 או

בדוא"ל: [hanita@shoham.muni.il](mailto:hanita@shoham.muni.il))

שם בעל הכרטיס: \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_  
סוג כרטיס האשראי \_\_\_\_\_ לא כולל דיינרס  
מספר הכרטיס \_\_\_\_\_ תוקף \_\_\_\_\_  
3 ספרות אחרונות בגב הכרטיס \_\_\_\_\_

תשלום 1

2 תשלומים

**הצהרת בריאות**

אני מצהיר/ה כי (הקף את האפשרות המתאימה):

- לא ידוע לי על מגבלות בריאותיות המונעות מבני/מבתי להשתתף בפעילות הנערכת בבית הספר ומטעמו.
- לבני/לבתי בעיה בריאותית כרונית (כגון אסטמה, סוכרת נעורים, אפילפסיה, רגישות למזון, מחלה ממארת וכדו'). לא/כן. פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ תאריך

\_\_\_\_\_ חתימה