תאריך_____

בקשה להחזר הוצאות נסיעה

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

כתובת מגורים _____

נייד_____ - _____

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 ארנונה

ללא מסמכים אלו לא ישולם ההחזר.

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

חתימה וחותמת בית הספר _____

שם ההורה וחתימתו _____

את הטפסים יש לשלוח בפקס או במייל לידי רחל אלון

פקס: 03-6180356 **מייל:** Hasahot@rishonlezion.muni.il