

## העדפות שיבוץ

תאריך: \_\_\_\_\_

שם ההורים: \_\_\_\_\_

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_

אני מבקש להשתבץ בכיתה יחד עם התלמידים הבאים .

(נא לציין שם פרטי ושם משפחה)

שם פרטי	שם משפחה	
		1
		2
		3

צוות ביה"ס יעשה את מירב המאמצים על מנת להתחשב בבקשתך.  
אנו נשתדל שלפחות תלמיד אחד מתוך השלושה יהיה משובץ  
יחד עם בנכם/בתכם בכיתה.



**רקפות** ע"ש רחל אשל

בית חינוך המשלב עקרונות מרוח המונטסורי

**לתשומת לבכם: אין משמעות לסדר כתיבת שמות החברים!**

רחוב רבי עקיבא 27 ראשון לציון

טל: 03-7725566

[אתר בית הספר](#)