



הקריה האקדמית אונו

Ono Academic College

הפקולטה למקצועות הבריאות

Faculty of Health Professions

תאריך: _____

שם הסטודנט/ית: _____

ת"ז: _____ מסלול הלימודים: _____ לומד/ת בשנה: _____

לכבוד:

ועדה לענייני סטודנטים, החוג לספורטתרפיה

הנדון: _____

1. שם הקורס אליו מתייחסת הפנייה:

2. שם המרצה/המתרגל בקורס:

3. תיאור הפניה (עד 200 מילים):

4. מסמכים מצורפים:

א. _____
ב. _____

יש לפרט בבקשה זו את כל הנסיבות והפרטים הרלוונטיים לפנייה. לא ניתן יהיה להגיש בקשה חוזרת באותו הנושא עם פירוט מידע רלוונטי שלא הוזכר בפנייה הראשונה.

הקריה האקדמית אונו - הפקולטה למקצועות הבריאות ■ Ono Academic College - Faculty of Health Professions

רח' נהר הירדן 2, קרית אונו 5545001 ■ 5545001 Kiryat Ono, 2 Nehar Hayarden St., Kiryat Ono 5545001 Israel

טל': 03-5311888 ■ Tel: 03-5311888 ■ פקס: 03-5356120 ■ Fax: 03-5356120 ■ www.ono.ac.il