מנהל החינוך
מחלקת גני ילדים

עיריית עכו
بلدية عكا

תאריך: _____

בקשה לשינוי שיבוץ

שם הילד: _____ מס' ת.ז. של הילד: _____

שם ההורה הפונה: _____

כתובת: _____

טלפון בבית: _____

טלפון נייד אבא: _____

טלפון נייד אמא: _____

כתובת המייל: _____@_____

הגן בו משובץ הילד/ילדה (כפי שמופיע בהודעת השיבוץ): _____

הגן המבוקש: _____

סיבת הבקשה:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

עיריית עכו אינה מתחייבת בשום אופן להיענות לבקשת שינוי השיבוץ אלא במקרים בהם יתאפשר הדבר ובמסגרת מערכת השיקולים והשיבוצים העירונית

ויצמן 35 עכו, ת"ד 2007 מיקוד 24316 טל': 04-9956146, 049956043 פקס: 9956048 – 04
דוא"ל: aya@akko.muni.il