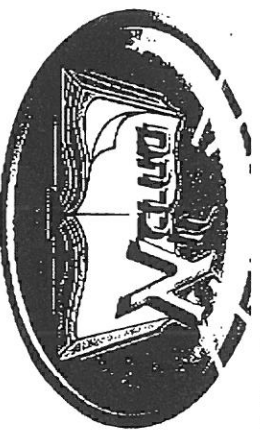


יום

ישיבת

רח' הרב הירש 19 ת.ד. 1516 בני ברק  
טל. 03-6162747 פקס. 03-6162746  
בנשיאות מרן הגאון רבי שלום כהן שליט"א



עמותה מס' 580085454

בס"ד

### שאלון קבלה למבחן

פרטי התלמיד:

משפחה \_\_\_\_\_ מס' פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.

רחוב \_\_\_\_\_ מס' \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ פל' \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_

תאריך לידה עברי \_\_\_\_\_ לועזי \_\_\_\_\_

שם הת"ת \_\_\_\_\_ שם הרב \_\_\_\_\_ טל/פל' \_\_\_\_\_

פרטי החורים:

שם האב \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.

עיסוק האב \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.

עיסוק האם \_\_\_\_\_

שנות לימוד האב \_\_\_\_\_ שנות לימוד האם \_\_\_\_\_ מס' ילדים במשפחה \_\_\_\_\_

ג.ב נא לציין באיזו מסכת ובאלו דפים מעוניין להבחן \_\_\_\_\_

לשימוש המשרד:

צילום ת.ז.  בקשה להנחה  מבחן הכנסה  אשור רפואי  תקנון הישיבה

הוזמן למבחן בתאריך \_\_\_\_\_ תוצאות המבחן \_\_\_\_\_

פרטים חסרים \_\_\_\_\_ תערוך \_\_\_\_\_