

موافقة الأهل على تلقي ساعات دعم تعليمية (ماتيا)

رقم الهوية: _____

اسم الطالب/ة: _____

اسم المدرسة/الروضة: _____

الصف: _____

عنوان الطالب: _____

أنا ولي أمر الطالب/ة المذكور أعلاه أوافق على تلقي ابني/ابنتي ساعات دعم تعليمية (ماتيا) من قبل معلم ماتيا في اطار المدرسة، وذلك خلال ساعات الدوام المدرسية.

اسم الأم: _____ رقم الهوية: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

اسم الأب: _____ رقم الهوية: _____ التوقيع: _____ التاريخ: _____

*نسخة الى مركز ماتيا .

*نسخة الى ملف الطالب في المدرسة .

مركز الدعم التعليمي – ماتيا شرقي القدس