



# טופס רישום וסיוע

## פרטי הילד

שם הילד \_\_\_\_\_ משפחה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת. לידה \_\_\_\_\_  
גיל \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_ מספר בית \_\_\_\_\_ עיר \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_  
טלפון בית \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_

## פרטי ההורים

שם האבא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_  
מקום עבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_  
שם האמא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_  
מקום עבודה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

## פרטי המחלה

סוג מחלה \_\_\_\_\_ תאריך אבחנת המחלה \_\_\_\_\_ שם בית חולים \_\_\_\_\_  
מחלקה \_\_\_\_\_ שם הרופא המטפל \_\_\_\_\_  
שם עו"ס \_\_\_\_\_ טל עו"ס \_\_\_\_\_  
שם איש קשר ברחשי לב \_\_\_\_\_  
מס' ילדים בבית \_\_\_\_\_  
האם הילד מטופל כרגע? \_\_\_\_\_  
בקשה מיוחדת \_\_\_\_\_  
הערות \_\_\_\_\_

נא להדפיס, למלא ולפקס למשרד 088564476. עדיף להתקשר ל 088523805 לודא קבלת הטופס.

אין במילוי הטפסים שום התחייבות לתמיכה כלשהיא אלא התחייבות לסיע בכל הלב ככל שניתן.