תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אישור הורים לקטין בחדר כושר**

פרטי ההורה המאשר:

שם מלא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הריני לאשר לבני / בתי (נא להקיף בעגול)

שם מלא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת"ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

להתאמן בחדר הכושר במרכז קהילתי אזורי גוש עציון.

חתימת המתאמן/ מתאמנת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_