



Ulpanat Orly Initial Inquiry Form

INQUIRY FOR SCHOOL YEAR _____ GRADE: _____

Teudat Zehut	Last Name (Heb)	First Name (Heb)
English birthday	Last Name (Eng)	First Name (Eng)
Hebrew birthday	Aliya Date	Grade entered upon Aliya
Place of Birth	Toshav Chozer Yes / No	Aliya/Chozer from

PARENT INFORMATION

Mother's Name	Father's Name		
Teudat Zehut	Teudat Zehut		
Cellphone	Cellphone		
Email	Email		
Address	Address		
Marital Status	Student lives with	# of siblings	Place in family

How did you hear about Ulpanat Orly?

EDUCATIONAL BACKGROUND

Current School	Grade	Location (city)
Contact Person	School Phone	Email

Which school attended for each grade:

REFERENCES

1		Name	Relationship	Cellphone
2	Academic Reference from current school year			
3				
4	Personal/Family Reference			
5				
6	Current school Principal or Yoetzet			
7				
8	Medical History			
High School:				

Check all that apply: My daughter has been evaluated by a professional My daughter receives the following services in school:

*Include a copy of all evaluations and vaada decisions There has been a Vaada for my daughter _____

My daughter sees a therapist / psychiatrist: _____

I verify that all information above is true to the best of my knowledge.

Date	Parent Signature	Parent Signature
------	------------------	------------------



אולפנת אורלי טופס מידע ראשוני

שנת לימודים: _____ כיתה: _____			
שם פרטי	שם משפחה	ת.ז.	
תאריך לידה	ארץ לידה	תאריך עליה	
תאריך לידה לועזי	עליה/חוזר מ	תושב חוזר כן / לא	כיתה בשנת העליה
פרטי הורים			
שם האב	שם האם		
ת.ז.	ת.ז.		
טל נייד	טל נייד		
דוא"ל	דוא"ל		
כתובת	כתובת		
מצב משפחתי	גרה עם	מקום במשפחה	
איך שמעתם עלינו?			
רקע לימודי			
בית ספר נוכחי	כיתה	מיקום (עיר)	
איש קשר	טלפון	מייל	
המלצות			
שם	יחס	נייד ומייל	איפה למדה לכיתה:
מחנכת/מורה מתקנת נוכחי			א
			ב
			ג
המלצה פרטי/משפחתי			ד
			ה
			ו
מנהלת / יועצת נוכחי			ז
			ח
רקע רפואי			
תיכון			
<p> <input type="checkbox"/> בתי מקבלת את השירותים הבאים בבית ספר הנוכחית שלה: _____ _____ _____ </p> <p> <input type="checkbox"/> בתי עברה אבחון בעבר <input type="checkbox"/> נערכה ועדה עבור בתי <input type="checkbox"/> בתי בטיפול אצל _____ </p>			
<p> סמן סעיפים שחלים: *צרך עותק של כל האבחונים והחלטות ועדות </p>			
אני מאשר שכל המידע שמסרתי לעיל הינו מדויק ונכון.			
חתימת הורים	חתימת הורים	תאריך	