



תאריך: _____

בקשה לקבלת חונכות

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מ. זהות: _____
 כתובת מלאה: _____ גיל: מין: זכר / נקבה
 טלפון: _____ נייד: _____ דוא"ל: _____ @
 חוג: _____ שנת לימודים: א / ב / ג / ד

לא / כן האם עשית אבחון בעבר?

האם את/ה מקבל חונכות במסגרת הרחבת הנגישות/קרנות אחרות-
 ציין את שם הקרן _____

אני מעדיף: חונך / חונכת / לא משנה
 חשוב לי / לא חשוב לי שהחונך יהיה מהמגזר היהודי/ערבי

האם הוצמד לך חונך בשנים קודמות? לא / כן (במידה וכן מלא את הטבלה)

שם החונך	מקצוע לימוד	האם החניכה סייעה לך? ציין במה

במידת האפשר אני מעוניין להמשיך / לא להמשיך עם אותו חונך מפני ש:



רמת שליטה בשפה העברית (סמן בעיגול):

קריאה : טוב מאוד/טוב/בינוני/חלש

כתיבה : טוב מאוד/טוב/בינוני/חלש

דיבור : טוב מאוד/טוב/בינוני/חלש

כתוב במילים שלך מדוע הינך מעוניין לקבל חונכות (התייחס לרקע כלכלי, מצב בריאותי, קושי לימודי מסוים):

קורסים בהם אני מבקש חונכות (יש לציין את שם הקורס במדויק):
(במידה ואתה זקוק לעזרה באנגלית נא ציין את הרמה בה אתה לומד)

שם הקורס	שם המרצה	הערות

חתימת החניך _____

אישור פנימי

מספר שעות מאושר _____ שם התוכנית (הקורן) _____
חתימת המאשר _____

הערות _____

פרטי החונק :

שם פרטי _____ שם משפחה _____

נו"ד _____ חו"ל אימוד : _____ שנת אימודי: א / ב / ג / ד

חתימת מאושר ההצמדה _____ תאריך ההצמדה _____