**התמחות בהוראה (סטאז') בבית הספר לשנת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**אישור החונך/ת**

הנני מאשר/ת את תפקידי כמורה חונך/ת של המתמחה: החל מתאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

בהתאם לתנאים של משרד החינוך. שנה חודש יום

חתימת המורה החונך: תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 שנה חודש יום

**אישור המנהל/ת**

הנני ממליץ ומאשר כי המורה חונך ומלווה את המתמחה

חתימת מנהל ביה"ס: חותמת ביה"ס תאריך: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

 שנה חודש יום