



הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם / בתם

אנו, הוריו (או אפוסטרופוסים בהעדר ההורים) של ת.ז.

תאריך לידה, תלמיד גן/בי"ס: כיתה

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית מסוג:

תצפית / אבחון פסיכולוגי / הערכה פסיכולוגית / טיפול רגשי / אחר

לבנו/בתנו בשפ"ח נוף הגליל.

- ידוע לנו, שעל אחריותנו ליידע את השפ"ח על שינוי בעמדתנו ביחס להתערבות הפסיכולוגית עליה אנו חתומים.
- ידוע לנו, כי יערך תיעוד לפי חוק, במאגר נתונים חסוי.
- ידוע לנו, כי העברת המידע לגורם אחר מותנית בהסכמתנו החתומה.

שם האב:

שם האם:

מס' זהות של האב:

מס' זהות של האב:

מס' טלפון:

מס' טלפון:

חתימת האב:

חתימת האב:

תאריך: מצב משפחתי:

הערה: נדרשת חתימת שני ההורים, או האפוסטרופוסים החוקיים של הילד בלבד. במקרה של היעדר הורה (לא ניתן לאיתור, לא נמצא בארץ), ההורה המשמורן חייב לפנות לבית משפט לקבל אישור.