



תאריך _____

הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם / בתם

אנו, הוריו (או אפוטרופסים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: _____

מס' ת.ז. _____ תאריך לידה: _____

מצב משפחתי: נשואים פרודים גרושים אחר: _____

תלמיד בי"ס/גן: _____ כיתה: _____

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבנו/בתנו בשפ"ח _____

- 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 ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

אישור ויתור סודיות

אנו ההורים של _____ מסכימים להעביר את החומר על בנו/ בתנו

ת.ז. _____ לגורמים מקצועיים וחינוכיים עפ"י שיקול דעת מקצועי של הפסיכולוג.

חתימת ההורים: _____

תאריך: _____