



**מחלקת חינוך**

**שרות פסיכולוגי חינוכי**

רח' ההסתדרות 18, טל': 09-8915043

[psy@eyen-yehuda.muni.il](mailto:psy@eyen-yehuda.muni.il)

\_\_\_\_\_ 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 ביי"ס/גן: \_\_\_\_\_ כתה: \_\_\_\_\_

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבננו/בתנו בשפ"ח אבן יהודה: \_\_\_\_\_

- 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: \_\_\_\_\_