

אישור הורים לאבחון פסיכולוגי

			שם התלמיד/ה
	כיתה/שכבת גן		שם המוסד הלימודי
	תאריך לידה		תעודת זהות
			שם המפנה ותפקידו

הריני מביעה/ה בזאת את הסכמתי המלאה לאבחון של פסיכולוג/ית מצוות השירות הפסיכולוגי-חינוכי של חריש על בני/בתי בגן/בבית הספר.

- במידה וההורים פרודים/גרושים יש צורך בחתימת שני ההורים.

תאריך	שם ההורה	חתימת ההורה	תעודת זהות
תאריך	שם ההורה	חתימת ההורה	תעודת זהות