

### הסכמה לטיפול רגשי

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מס' זהות \_\_\_\_\_  
 כתובת \_\_\_\_\_  
 נותן בזאת רשות לטיפול רגשי עבור בני/בתי \_\_\_\_\_  
 מס' זהות \_\_\_\_\_ ת. לידה \_\_\_\_\_ מוסד חינוכי \_\_\_\_\_  
 שיינתן ע"י \_\_\_\_\_ בנוסף להדרכת הורים.

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

תאריך	שם ההורה	חתימת ההורה
תאריך	שם ההורה	חתימת ההורה