



תאריך \_\_\_\_\_

**הנדון: אישור הסכמה לטיפול**

אנו החתומים מטה מאשרים ליחידה להתפתחות הילד באגף ייעוץ וטיפול גולן להעניק אבחון/טיפול לבני/בתי

שם: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

על החתום,

שם האב \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_