

תאריך: _____

אישור לכיצוע טיפול פסיכולוגי/ אבחון פסיכולוגי

שם הילד	שם משפחה	ת.לידה	ת.ז.

אנו הח"מ מאשרים לפסיכולוגית _____ לערוך טיפול/אבחון פסיכולוגי לכננו/בתנו.

שם האב _____
ת.ז. _____
חתימה _____

שם האם _____
ת.ז. _____
חתימה _____

במידה וחותם הורה אחד, הנני מתחייב לייזע את ההורה השני.

אם ההורים גרושים, יש צורך לקבל חתימת ההורים.

