



מועצה מקומית אזור
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי
רח' משה שרת 73 אזור 58006
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069
דוא"ל: psyazur53@gmail.com
פורטל החינוך: www.azor.org.il



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

תאריך: _____

אישור ההורים לתצפית על ילד/ה בגן/ביה"ס

שם הגן / ביה"ס: _____

שם המפנה לתצפית ותפקידו: _____

שם התלמיד: _____

הריני מביעה/ה בזאת את הסכמתי המלאה לתצפית/הערכה של פסיכולוג הגן/
ביה"ס השייך לשירות הפסיכולוגי של מועצה מקומית אזור על בני/בתי
סיכום התצפית יועבר לגנת/מורה ולהורים.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ ת.ז. _____

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ ת.ז. _____

נחתם בנוכחות:

שם מלא: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____