



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](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



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

תאריך: \_\_\_\_\_

### הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם/בתם

אנו, הוריו (או אפוטרופוסים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי:  נשואים  פרודים  גרושים  אחר: \_\_\_\_\_

תלמיד ב"ס/גן: \_\_\_\_\_ כתה: \_\_\_\_\_

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבנו/בתנו בשפ"ח אזור.

- ידוע לנו, שעל אחריותנו ליידע את השפ"ח על שינוי בעמדתנו ביחס להתערבות הפסיכולוגית עליה אנו חתומים.
- ידוע לנו, כי יערך תיעוד לפי חוק, במאגר נתונים חסוי.
- ידוע לנו, כי העברת המידע לגורם אחר מותנית בהסכמתנו החתומה.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימת הורה: \_\_\_\_\_ תאריך החתימה: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימת הורה: \_\_\_\_\_ תאריך החתימה: \_\_\_\_\_



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](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



---

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

שם הפסיכולוג: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_