



## הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית

אנו, הוריו (או אפוטרופסים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_

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

מצב משפחתי: \_\_\_\_\_

בי"ס/גן: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבננו/בתנו על ידי פסיכולוגית מטעם שפ"ח סביון.

התערבות מסוג: יש למחוק בקו את ההתערבויות שאינן מורשות

תצפית במוסד החינוכי / שיחה אישית / טיפול פסיכולוגי / אבחון פסיכולוגי

• 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.

• ידוע לנו כי המפגש נערך בלא מסיכות אף/פה, באישור משרד הבריאות.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

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

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

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