



תאריך _____

הסכמת הורים לפתיחת רשומה בשירות הפסיכולוגי

אנו, הוריו (או אפטרופסים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: _____

מס' ת.ז. _____ תאריך לידה: _____

מאשרים כי החומר הפסיכולוגי /רפואי/חינוכי בנוגע לילדינו הנ"ל יישמר במאגר נתונים חסוי (פיסי ודיגיטלי) בשירות הפסיכולוגי חינוכי בסביון.

ידוע לנו כי כל חומר המצוי בתיק יימסר לגורם אחר רק על פי הוראה כתובה וחתומה של ההורים או צוו בית משפט.

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____