



תאריך \_\_\_\_\_

## הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם / בתם

אנו, הוריו (או אפוטרופסים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_

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

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

תלמיד בי"ס/גן: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבנו/בתנו בשפ"ח \_\_\_\_\_

- 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: \_\_\_\_\_

## אישור ויתור סודיות

אנו ההורים של \_\_\_\_\_ מסכימים להעביר את החומר על בנו/ בתנו

ת.ז. \_\_\_\_\_ לגורמים מקצועיים וחינוכיים עפ"י שיקול דעת מקצועי של הפסיכולוג.

חתימת ההורים: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_