

השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



תאריך: _____

הסכמה להתערבות פסיכולוגית

אני הח"מ _____ מצהיר/ה בזאת שאני מסכים/מסכימה
שהפסיכולוגית _____ ייפגש/תיפגש עם בני/בתי:
ת.ז. _____ לצורך התערבות פסיכולוגית לפי הפירוט להלן:

הערכה פסיכולוגית (אבחון, תצפית)

טיפול פסיכולוגי

שם ההורה: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____

שם ההורה: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____

במקרים בהם יש אפוטרופוס נוסף/אחר אשר יש צורך באישורו עפ"י חוק :

שם האפוטרופוס: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____

שם העד: _____

ת.ז. _____

חתימה: _____