

טופס הסכמת הורים למתן טיפול באמצעות אמנויות

תאריך _____

לכבוד

מנהל/ת המסגרת החינוכית

שם המנהלת: _____

שם המסגרת: _____

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מבקשים בזאת שבננו/בתנו יקבל/תקבל טיפול באמצעות אמנויות, כחלק ממערכת לימודיו/ה במסגרת החינוכית שלעיל. הטיפול באמצעות אמנויות הנו טיפול נפשי הניתן במהלך שנת הלימודים ומהווה חלק מהתכנית החינוכית-לימודית-טיפולית הכוללת של התלמיד/ה.

שם המטפל/ת באמצעות אמנויות _____.

כדי לאפשר לבננו/בתנו לקבל טיפול באמצעות אמנויות ולצוות החינוכי-טיפולי לבנות עבורו/ה תכנית חינוכית - טיפולית אישית, אנו מסכימים למסירה ולקבלה של מידע בין אנשי הצוות החינוכי-טיפולי ובכללם פסיכולוג/ית המסגרת החינוכית מהשרות הפסיכולוגי חינוכי-ייעוצי והמטפל/ת באמצעות אמנויות.

ת.ז. _____,

שם האם _____,

חתימה _____

משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך מיוחד

ת.ז. _____,

שם האב _____,

חתימה _____