

מדינת ישראל
משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך מיוחד

תאריך _____

לכבוד
מנהל/ת המסגרת החינוכית

שם המנהלת: _____

שם המסגרת: _____

טופס הסכמת הורים למתן טיפול באמצעות אמנויות

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מבקשים בזאת שבנו/בתנו יקבל/תקבל טיפול באמצעות אמנויות, כחלק ממערכת לימודיו/ה במסגרת החינוכית שלעיל.

שם המטפלת/ת באמצעות אמנויות _____

הטיפול באמצעות אמנויות הנו טיפול רגשי הניתן במהלך שנת הלימודים ומהווה חלק מהתכנית החינוכית-לימודית-טיפולית הכוללת של התלמיד/ה.

לצורך זה אנו מסכימים למתן טיפול רגשי באמצעות אמנויות, וכן מסכימים להעברת מידע לצוות החינוכי ובכלל זה למטפלת/ת באמצעות אמנויות, כדי שהצוות יוכל להתאים תכנית החינוכית-לימודית-טיפולית אישית לתלמיד/ה.

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____