



מתיא"א (מרכז תמיכה יישובי אזורי) רח' אצ"ל פינת לח"י נתניה ת.ד 2115
מיקוד 42120 ס.מ. 425082 טלפקס: 09-8324451 טלפון: 09-8871994
דואר אלקטרוני: matya.netanya@matya365.org.il

טופס הסכמת הורים למתן טיפול באמצעות אמנויות

תאריך _____

לכבוד

מנהל/ת המסגרת החינוכית

שם המנהל/ת: _____

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 _____.



מתיא"א (מרכז תמיכה יישובי אזורי) רח' אצ"ל פינת לח"י נתניה ת.ד. 2115
מיקוד 42120 ס.מ. 425082 טלפקס: 09-8324451 טלפון: 09-8871994
דואר אלקטרוני: matya.netanya@matya365.org.il

כדי לאפשר

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

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____