



מתי"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 ויתור לקבלת טיפול - מרכז טיפולי

טופס ויתור לקבלת טיפול

אני מר/ גברת _____ מס' ת.ז. _____

הורה של הילד/ה _____ הלומד/ת בבי"ס / גן _____

מאשר/ת בזאת כי אני מוותר/ת על קבלת טיפול קלינאית תקשורת/ מרפאה בעיסוק/ טיפול באומנויות ע"י צוות המרכז הטיפולי במתי"א נתניה.

סיבת הויתור:

הובא לידיעתי כי בעת החתימה על מסמך זה לא יוכל בני/בתי לשוב ולקבל טיפול במהלך שנת הלימודים _____

ויתור טלפוני:

ביום _____ שעה: _____ שם ההורה: _____

תאריך: _____ חתימה: _____



מתי"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

חתימת המטפל: _____