



הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם / בתם

אנו, הוריו (או אפטרופסיים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: _____

מס' ת.ז. _____ תאריך לידה: _____

מצב משפחתי: נשואים פרודים גרושים אחר: _____

תלמיד בי"ס/גן: _____ כתה: _____

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבננו/בתנו בשרות הפסיכולוגי החינוכי רמת השרון

- ידוע לנו, שעל אחריותנו ליידע את שפ"ח רמת השרון על שינוי בעמדתנו ביחס להתערבות הפסיכולוגית עליה אנו חותמים.
- ידוע לנו, כי יערך תיעוד לפי חוק, במאגר נתונים חסוי.
- ידוע לנו, כי העברת המידע לגורם אחר מותנית בהסכמתנו החתומה.

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____