

Municipalidad de Tel-Aviv-Yaffo
 Departamento de educacion, cultura y deportes
 Servicio psicologico y educacional

Fecha: _____

A la atencion del servicio psicologico y educacional de Tel-Aviv Yaffo

הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם או לבתם

**Consentimiento de los padres para la intervención del servicio psicológico para cualquier consulta
 acerca de su hijo o hija**

Datos sobre los niños

Nombre y apellido	Numero de identificacion / Teudat Zeut	Fecha de nacimiento
Nombre de la escuela O del jardin de infantes donde estudia el niño	grado	

Datos sobre los padres

Nombre y apellido	Numero de identificacion / Teudat Zeut
Nombre y apellido	Numero de identificacion / Teudat Zeut
Estado civil	☐ Casado ☐ Padres independientes*

Padres independientes *Se definen así como la ley de 1992 תשנ"ב, sobre familias de padres individuales

Soltero(a)/ Viudo(a)/ Divorciado(a)/Separado(a)/ Una mujer abandonada/ Una mujer que vive en un refugio para mujeres víctimas de violencia

Nosotros, los abajo firmantes, Los padres (O aofotrofos), autorizamos la intervención del SHAPAJ- servicio psicologico y educacional de la municipalidad de Tel-Aviv Yaffo- para nuestro hijo/hija

- Somos conscientes de que es nuestra responsabilidad de informar al SHAPAJ si vamos a cambiar nuestra postura sobre la intervención del servicio psicológico.



- Somos conscientes de que habrá un registro confidencial de datos, de acuerdo con lo que dicta la ley.
- Somos conscientes de que la transmisión de información a otra parte, se basa en un acuerdo previo que sera firmado por nosotros.

Firma del padre: _____

Fecha de la firma: _____

Firma de la madre: _____

Fecha de la firma: _____

