

תאריך _____

הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם או לבתם

פרטי הילד

שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה
שם בית הספר או הגן בו לומד	כיתה	

פרטי ההורים

שם ההורה	מספר זהות
שם ההורה	מספר זהות
מצב משפחתי ☐ נשוי ☐ * הורה עצמאי	

* **הורים עצמאיים** - כמוגדר בחוק משפחות חד הוריות, התשנ"ב 1992
 רווק/ה, אלמן/ה, גרוש/ה, פרוד/ה, אשה עגונה, אשה השוהה במקלט לנשים נפגעות אלימות.

אנו החתומים מטה, מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבננו/בתנו בשפ"ח תל אביב-יפו

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

חתימת הורה _____ תאריך החתימה _____

חתימת הורה _____ תאריך החתימה _____

