



_____ التاريخ:

الى حضرة

مركز الخدمات النفسية التربوية تل ابيب – يافا

الموضوع:

موافقة الأهل على تدخل نفسي لابنهم / ابنتهم

הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם או לבתם

تفاصيل عن الولد / البنت

الاسم الشخصي واسم العائلة	رقم الهوية	تاريخ الميلاد	المدرسة / الروضة	الصف

تفاصيل عن ولي / ة الأمر

اسم الأب:	رقم الهوية:
اسم الأم:	رقم الهوية:
الحالة الشخصية	☐ متزوج ☐ مستقل* (اب / ام - وحيد / ة)

مستقل / ة - كما هو معرف في قانون العائلات احادية الوالد / ة لعام 1992 :

اعزب / عزباء, أرمل / ة, مطلق / ة, منفصل / ة, امرأة في ملجأ للنساء ضحايا العنف.

نحن الموقعون ادناه, نصادق على إجراء تدخل نفسي لابننا / ابنتنا في مركز الخدمات النفسية تل ابيب – يافا.

- معلوم لنا, انه من مسؤوليتنا اعلام الخدمات النفسية عن أي تغيير في موقفنا بما يخص التدخل النفسي الذي وقعنا عليه.

- معلوم لنا, انه سيكون توثيق للمعلومات حسب القانون في مجمع معطيات غير مكشوف.

- معلوم لنا, ان نقل المعلومات لأي جهة أخرى مشروط بموافقتنا الخطية

مع فائق الاحترام

توقيع الأب: _____ التاريخ: _____

توقيع الأم: _____ التاريخ: _____

