

# השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



תאריך: \_\_\_\_\_

## הסכמה לתצפית

אני הח"מ \_\_\_\_\_ מצהיר/ה בזאת שאני מסכים/מסכימה  
שהפסיכולוג/ית \_\_\_\_\_ יערוך/תערוך תצפית על בני\בתי:  
ת.ז. \_\_\_\_\_ במסגרת החינוכית.

שם ההורה: _____	שם ההורה: _____
ת.ז. _____	ת.ז. _____
חתימה: _____	חתימה: _____

-----  
במקרים בהם יש אפוטרופוס נוסף/אחר אשר יש צורך באישורו עפ"י חוק :

שם האפוטרופוס: _____	שם העד: _____
ת.ז. _____	ת.ז. _____
חתימה: _____	חתימה: _____