

השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



תאריך: _____

הסכמה להתערבות פסיכולוגית

אני הח"מ _____ מצהיר/ה בזאת שאני מסכים/מסכימה
שהפסיכולוגית _____ ייפגש/תיפגש עם בני/בתי:
ת.ז. _____ לצורך התערבות פסיכולוגית לפי הפירוט להלן:

- הערכה פסיכולוגית (אבחון, תצפית)
 טיפול פסיכולוגי

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: _____