



אישור הורים לטיפול פסיכולוגי בתלמיד בי"ס

אנו, הורי התלמיד/ה _____ ת.ז. _____ מאשרים בזאת לפסיכולוג/ית
השפ"ח לטפל בבגנו/בתנו. במסגרת הטיפול עשויה הפסיכולוג/ית בין השאר לשוחח אודות ילדנו עם הצוות החינוכי
ולבצע תצפית בכיתה ובהפסקה.
* ידוע לנו שסיכום הטיפול יתוויק בתיק התלמיד בשפ"ח וישמר באופן חסוי.

על החתום,

שם ההורה:

תאריך:

חתימה:

שם ההורה:

תאריך:

חתימה:

* עבור הורים גרושים יש הכרח בחתימת שני ההורים