



הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית

אנו, הוריו (או אפוסטרופסים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: _____

מס' ת.ז. _____ תאריך לידה: _____

מצב משפחתי: _____

בי"ס/גן: _____ כתה: _____

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבנו/בתנו על ידי פסיכולוגית מטעם שפ"ח סביון.

התערבות מסוג : יש למחוק בקו את ההתערבויות שאינן מורשות

תצפית במוסד החינוכי / שיחה אישית / טיפול פסיכולוגי / אבחון פסיכולוגי

• ידוע לנו, שעל אחריותנו ליידע את השפ"ח על שינוי בעמדתנו ביחס להתערבות הפסיכולוגית עליה אנו חתומים.

• ידוע לנו, כי יערך תיעוד לפי חוק, במאגר נתונים חסוי.

• ידוע לנו, כי העברת המידע לגורם אחר מותנית בהסכמתנו החתומה.

• ידוע לנו כי המפגש נערך בלא מסיכות אף/פה, באישור משרד הבריאות.

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____