

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הנדון: **טופס הסכמת הורים לאבחון / טיפול**

אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי ומשפחה) ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

מסכים/ה שבני / בתי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (שם פרטי ומשפחה) ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, יקבל / תקבל טיפול \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ או

יעבור / תעבור אבחון: דידקטי / פסיכולוגי / אחר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ במרכז לקידום למידה חיפה.

פרטי האבחון וההתקשרות הם חסויים ולא ייחשפו ללא הסכמה של ההורים בכתב, כנהוג במרכז לקידום למידה חיפה.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אב / הורה א' אם / הורה ב'

כתובת ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טל. ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MERKAZ\אבחונים\טפסים\שאלונים\טופס הסכמת הורים לאבחון,טיפול