



מועצה מקומית אזור
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי
רח' משה שרת 73 אזור 58006
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069
דוא"ל: psyazur53@gmail.com
פורטל החינוך: www.azor.org.il



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

תאריך: _____

הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית לבנם/בתם

אנו, הוריו (או אפוטרופוסים בהעדר ההורים) של:

שם הילד/ה: _____

מס' ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

מצב משפחתי: נשואים פרודים גרושים אחר: _____

תלמיד ב"ס/גן: _____ כתה: _____

מאשרים ביצוע התערבות פסיכולוגית לבנו/בתנו בשפ"ח אזור.

- 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.

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____



מועצה מקומית אזור
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי
רח' משה שרת 73 אזור 58006
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069
דוא"ל: psyazur53@gmail.com
פורטל החינוך: www.azor.org.il



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

שם הפסיכולוג: _____ חתימה: _____