



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](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



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

תאריך: \_\_\_\_\_

### אישור ההורים להפניית התלמיד לאיבחון/הערכה פסיכולוגית

שם ביה"ס/הגן: \_\_\_\_\_

שם המפנה להערכה ותפקידו: \_\_\_\_\_

שם התלמיד: \_\_\_\_\_ כתה: \_\_\_\_\_

הריני מביע בזאת את הסכמתי המלאה לאבחון הערכה פסיכולוגית של בני/בתי  
ע"י השרות הפסיכולוגי של מועצה מקומית אזור.

אני מודע לזכותי לפנות באופן פרטי לאבחון אצל פסיכולוג חינוכי מומחה.

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

נחתם בנוכחות:



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](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



---

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

שם: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_