



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 לתצפית על ילד/ה בגן/ביה"ס

שם הגן / ביה"ס: \_\_\_\_\_

שם המפנה לתצפית ותפקידו: \_\_\_\_\_

שם התלמיד: \_\_\_\_\_

הריני מביעה/ה בזאת את הסכמתי המלאה לתצפית/הערכה של פסיכולוג הגן/  
ביה"ס השייך לשירות הפסיכולוגי של מועצה מקומית אזור על בני/בתי  
סיכום התצפית יועבר לגנת/מורה ולהורים.

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

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

נחתם בנוכחות:

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