



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: _____

אישור ההורים לחונכות טיפולית

שם

ביה"ס/הגן: _____

שם התלמיד: _____

כתה/גן: _____

הריני לאשר לסטונדט/ית להיפגש עם בני/בתי למטרות חונכות טיפולית.

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
פורטל החינוך: www.azor.org.il



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

שם: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____