

## אישור ההורים להפניית ילדם לאבחון פסיכולוגי

שם התלמיד/ה: \_\_\_\_\_ מספר ת"ז: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ הכיתה:

שם בית-הספר / גן הילדים שבו הוא/היא לומד/ת: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ כתובתו:

שם המפנה לאבחון: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ תפקידו:

הריני מאשר את הסכמתי לאבחון של בני/בתי על-ידי השירות הפסיכולוגי החינוכי של הרשות המקומית.

שם האם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_