**תאריך\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**אישור הורים להערכה פסיכולוגית**

התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר ת.ז. ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם גן/בית הספר בו הוא/היא לומד/ת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כיתה \_\_\_\_\_\_\_

שם המפנה לבדיקה \_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקידו \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הריני מאשר/ת להעביר מידע מצוות הגן/בית הספר לשירות הפסיכולוגי חינוכי של עיריית רמת גן. כמו כן הריני מאשר/ת לפסיכולוג/ית הגן/בית הספר לבצע הערכה פסיכולוגית לבני/בתי.

ההערכה הפסיכולוגית תערך ע"י פסיכולוג/ית מומחה, מתמחה או על ידי עובד השרות הפסיכולוגי חינוכי ברמת גן, המלווה בהדרכה ובחתימת פסיכולוג/ית מומחה.

שם ההורה­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת ההורה\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימת ההורה\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_