תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**אישור הורים לתצפית פסיכולוגית/שיחה**

הרינו מאשרים בזאת את הסכמתנו כי פסיכולוג מומחה או מתמחה או עובד השרות הפסיכולוגי חינוכי ברמת-גן, המלווה בהדרכת פסיכולוג מומחה, יערוך תצפית פסיכולוגית/ שיחה על/עם בננו/בתנו \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, תעודת זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ לשם גיבוש חוות דעת מקצועית בהתאם לצרכיו/צרכיה.

שם הורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, תעודת זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

שם הורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, תעודת זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_