תאריך : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד

השרות הפסיכולוגי- חינוכי

עיריית רמת-גן

דרך בן גוריון 183

רמת-גן טל. 6780300, פקס 6780664

א.ג.נ.

**הנדון: הסכמת הורים לשיחות עם פסיכולוג/ית**

שם התלמיד/ה : שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ שם פרטי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ בית –ספר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כיתה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנו החתומים מטה, מסכימים בזאת שבננו/בתנו ייפגש/תיפגש עם פסיכולוג/ית מומחה, מתמחה או עובד השירות הפסיכולוגי, המלווה בהדרכת פסיכולוג מומחה, לשיחות/טיפול פסיכולוגי.

שם ההורה 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם ההורה 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_