



שפ"מ
שירות פסיכולוגי משלים

תאריך: _____

הנדון: טופס ביטול – החזר כספי

הריני מבקש/ת לבטל את פעילות בני/בתי _____ באבחון/טיפול _____

סיבת הפסקת הפעילות: _____

שם ההורה: _____

טלפון: _____

כתובת: _____

חתימת ההורה: _____

פרטים לטיפול המשך

מס' קבלה: _____

תאריך הרשמה: _____

יש לזכותם בסכום: _____

חתימת מנהלת השפ"מ: _____

• טופס שלא ימולא במלואו לא יטופל.