



תאריך: _____

אישור לביצוע טיפול פסיכולוגי/ אבחון פסיכולוגי

שם הילד	שם משפחה	ת.לידה	ת.ז.

אנו הח"מ מאשרים לפסיכולוג/ית _____ לערוך טיפול/אבחון פסיכולוגי לבננו/בתנו.

שם האב _____	שם האם _____
ת.ז. _____	ת.ז. _____
חתימה _____	חתימה _____

במידה וחותם הורה אחד, הנני מתחייב לייזע את ההורה השני.

אם ההורים גרושים, יש צורך לקבל חתימת שני ההורים.