



**שירות פסיכולוגי חינוכי**  
עיריית ביתר עילית

הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית.

תאריך: \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_

- נותן בזאת את הסכמתי ל:  אבחון  
 התערבות/טיפול  
 תצפית

לבני/בתי \_\_\_\_\_ על ידי פסיכולוג/ית שפ"ח

ביתר עילית: \_\_\_\_\_.

חתימת אב: \_\_\_\_\_ חתימת אם: \_\_\_\_\_

ויתור על סודיות מקצועית.

אני החתום מטה מוותר בזאת על הסודיות המקצועית לטובת מסגרת  
החינוכית: \_\_\_\_\_ ומבקש בזאת  
מהפסיכולוג/ית \_\_\_\_\_ להעביר את כל המידע  
הרלוונטי.

חתימת הורים:

חתימת אב: \_\_\_\_\_ חתימת אם: \_\_\_\_\_