



**שירות פסיכולוגי חינוכי**  
עיריית ביתר עילית

**הסכמת הורים להתערבות פסיכולוגית וויתור סודיות**

תאריך: \_\_\_\_\_

אני \_\_\_\_\_

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

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

ביתר עילית: \_\_\_\_\_.

אני החתום מטה מוותר בזאת על הסודיות המקצועית לטובת מסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_ ומבקש בזאת מהפסיכולוג/ית \_\_\_\_\_ להעביר את כל המידע הרלוונטי למוס"ח/עו"ס/לועדת השמה.

חתימת הורים:

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