



## שירות פסיכולוגי חינוכי עיריית ביתר עילית

בס"ד

תאריך: \_\_\_\_\_

### אישור הורים לתצפית פסיכולוגית/שיחה

הרינו מאשרים בזאת את הסכמתנו כי פסיכולוג מומחה או מתמחה או עובד השרות הפסיכולוגי חינוכי בביתר עילית, המלווה בהדרכת פסיכולוג מומחה, יערוך תצפית פסיכולוגית. שיחה על/עם בננו/בתנו \_\_\_\_\_, תעודת זהות \_\_\_\_\_ לשם גיבוש חוות דעת מקצועית בהתאם לצרכיו/צרכיה.

כמו כן, הננו מסכימים כי חוות דעתו בהתאם לתצפית תימסר לגורמים החינוכיים והטיפוליים לשם גיבוש תוכנית הולמת עבורו/עבורה.

שם האב: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_ חתימת האב: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ תעודת זהות: \_\_\_\_\_ חתימת האם: \_\_\_\_\_