

תאריך: _____

הסכמה לביצוע והערכה פסיכולוגיים

אנו מאשרים בזאת ונותנים את הסכמתנו לפסיכולוגית אורית רובין בן חיים לביצוע הערכה וטיפול פסיכולוגיים לבננו.

אנו מאשרים כי במסגרת הטיפול תערך שיחה בין הפסיכולוגית לבין הגנת בה יועבר מידע רלוונטי.

שם הילד: _____

ת"ז: _____

תאריך לידה: _____

שם האם: _____

טלפון: _____

חתימה: _____

שם האב: _____

טלפון: _____

חתימה: _____