



שירות פסיכולוגי חינוכי
עיריית בית שמש
מינהל חינוך נוער וקהילה

תאריך: _____

אישור הורים לבדיקה

אנחנו מסכימים שבני/ בתי _____

מספר ת"ז _____

יעבור בדיקה פסיכולוגית בשירות הפסיכולוגי.

שם האב: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

תאריך: _____

הסכמה לויתור סודיות

אנחנו מוותרים על סודיות ומאשרים לכם להעביר את כל החומר המצוי בידיכם לגבי

בני/בתי _____ ת"ז _____

ל: _____

שם האב: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____