

תאריך: _____

אישור לביצוע טיפול / אבחון בשפ"מ ראשון לציון

שם הילד	שם משפחה	ת.לידה	ת.ז.

אנו הח"מ מאשרים לפסיכולוג/מטפל/מאבחן _____ לערוך טיפול/אבחון לבננו/בתנו.

שם ההורה _____
ת.ז. _____
חתימה _____

שם ההורה _____
ת.ז. _____
חתימה _____

במידה וחותם הורה אחד, הנני מתחייב ליידע את ההורה השני.

במידה וההורים פרודים/גרושים, יש צורך לקבל חתימת שני ההורים.