



תאריך: \_\_\_\_\_

הורים יקרים ,

להלן טופס הסכמה לביצוע הערכה וטיפול ביחידתנו. טופס זה מהווה חלק מנוהל ההפניה ליחידה והוא תנאי הכרחי למפגש הראשון ביחידה. ללא הסכמתכם הכתובה לא נוכל לקבלכם ליחידה. ניתן לשלוח טופס זה בדואר עפ"י הכתובת המצוינת למטה , לפקסס אותו או להביאו פיזית ליחידה.

**טופס הסכמה לאבחון טיפול.**

אנו החותמים מטה , הורי הקטין/קטינה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מאשרים לבצע לבננו/בתנו הערכה ולטפל בו/בה עפ"י תוצאותיה.

**סטטוס ההורים:**

**נשואים/גרושים/פרודים/אלמן-אלמנה/אחד הוריה ידועים בציבור**  
\*במידה ואין מחלוקת וקיימת הסכמה בין ההורים, מספיקה חתימה של אחד ההורים.

שם האב: _____	שם האם: _____
מס' ת.ז: _____	מס' ת.ז: _____
חתימת האב: _____	חתימת האם: _____
טלפון נייד: _____	טלפון נייד: _____
טלפון נוסף: _____	טלפון נוסף: _____

