בטיפולנט
פורטל לשירותים פסיכולוגיים בישראל

לכבוד: _____

הנדון: הסכמה לאבחון פסיכולוגי

שם הילד/ה: _____

מס' ת.ז. _____

תאריך לידה: _____

אנו הורי הילד/ה החתומים מטה, נותנים בזאת את הסכמתנו, לכך שבננו/בתנו תעבור אבחון

פסיכולוגי (הקף: התפתחותי/ דידקטי/ פסיכודידקטי/ פסיכודיאגנוסטי).

*במידה וההורים גרושים יש להחתים את שניהם

_____

שם ההורה חתימה ת.ז. כתובת

_____

שם ההורה חתימה ת.ז. כתובת

הטופס מוצע לשימוש המטפל ו/או המשתמש כהצעה ו/או המלצה בלבד. השימוש בטופס וההסתמכות על המידע המופיע בו הינם באחריות המטפל ו/או המשתמש בלבד.