

אישור הורים להפניית ילדם לאבחון פסיכולוגי

موافقة الأهل لتحويل ابنهم / ابنتهم للتشخيص النفسي

(מתוך חוזר מנכ"ל ס/8 (ב), ד' בניסן התשס"ו, 2 באפריל 2006)

(من منشور المدير العام 8/66 (ب)، 2 نيسان 2006)

יש למלא את הטופס בכתב יד קריא וברור, בשפה העברית בלבד יגב الإجابة على الأسئلة بخط مقروء وواضح، باللغة العبرية فقط

פרטי הילדה - تفاصيل الطالب/ة

שם מסגרת חינוכית - اسم الإطار التربوي	תאריך לידה - تاريخ الميلاد	ת.ז. - رقم الهوية	שם הילד - اسم الولد/البت

פרטי הגורם המפנה - تفاصيل الجهة الموجهة

שם גורם מפנה - اسم الجهة الموجهة	תפקיד - الوظيفة	טלפון - الهاتف	נייד - الهاتف النقال

הריני מאשר את הסכמתי לאבחון של בני/בתי על ידי השירות הפסיכולוגי החינוכי של הרשות המקומית.
أنا أوافق بهذا على إجراء تشخيص لابني/ لابنتي من قبل الخدمات النفسية التربوية التابعة للسلطة المحلية.

הסכמת ההורים - موافقة الأهل

שם האם - اسم الأم	חתימת האם - توقيع الأم	תאריך - التاريخ
שם האב - اسم الأب	חתימת האב - توقيع الأب	תאריך - التاريخ