מועצה מקומית כפר שמריהו

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לכבוד

השרות הפסיכולוגי

כפר שמריהו

שם התלמיד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת. לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אנו הורי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מאשרים בזה שצוות ביה''ס : מנהלת / יועצת / מורה דווח /ו לנו על קשייו /ה של בננו / בתנו ומביעים בזה את הסכמתנו להפנייתו /ה להתייעצות בשרות הפסיכולוגי, ולאבחון בהתאם לצורך.

בכבוד רב,

חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טל' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מייל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מייל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_