

תאריך: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**אישור לביצוע הערכה / איבחון פסיכולוגי כולל תצפית במסגרת חינוכית**

שם הילד/ה	שם משפחה	ת. לידה	ת.ז.

אנו הח"מ מאשרים לפסיכולוג/ית ביה"ס לערוך הערכה פסיכולוגית לבננו/לביטנו הלומד/ת במסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_

ידוע לנו כי ההערכה עשויה לכלול תצפית ו/או העברה של כלי אבחון פורמליים, ו/או שיחה עם הילד/ה ו/או עם צוות בית הספר/הגן.

כמו כן אנו מאשרים שתוצאות האבחון יימסרו לצוות בית הספר.

שם הורה 1: _____	שם הורה 2: _____
מס' ת.ז. _____	מס' ת.ז. _____
חתימה: _____	חתימה: _____

- במידה וחותם הורה אחד: אני מתחייב לידע את ההורה השני.  
חתימת התחייבות \_\_\_\_\_

- אם ההורים גרושים או פרודים יש צורך לקבל חתימת שני ההורים.

