

תאריך: _____

לכבוד:

השרות הפסיכולוגי החינוכי

הסכמת הורים לאבחון / הערכה / תצפית / טיפול

אנו הח"מ מסכימים לקיים אבחון / הערכה פסיכולוגית / תצפית / טיפול פסיכולוגי / לבנו/בתנו _____ ולקבלת חומרים מהמערכת החינוכית.

פרטי הילד/הילדה:

שם המשפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.לידה: _____

מס' ת.זהות: _____ גן/ביה"ס: _____ כיתה: _____

שם האם: _____ שם האב: _____

מס' ת.ז.: _____ מס' ת.ז.: _____

חתימה: _____ חתימה: _____

במידה וחותם הורה אחד: אני מתחייב לידע את ההורה השני.

חתימת ההתחייבות _____

אם ההורים גרושים, יש צורך לקבל חתימת שני ההורים.

הנתונים האישיים שנמסרים רשומים במאגר מידע המתנהל לפי חוק הגנת הפרטיות

אנו רואים חשיבות רבה בשמירה על פרטיותכם ופרטיות ילדיכם. המידע הנמסר בסביבת השפ"ח ו/או בטפסים הזמינים באתר זה יישמר במאגרי המועצה ויעשה בו שימוש רק לצורך טיפול בבקשה ולצרכים חינוכיים או מנהליים הקשורים אליה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות. במקרים שבהם נמסר מידע רגיש (כגון מידע רפואי, רגשי או משפחתי), הוא נשמר ומעובד באמצעי אבטחה מחמירים ובהרשאות גישה מוגבלות בלבד. באפשרותכם לעיין במידע, לבקש לתקנו או למחוק אותו בהתאם לחוק.