

שירותי ייעוץ, הכוונה, אבחון וטיפול בקשיי למידה,
משבר ומצוקה אצל ילדים ומתבגרים

תאריך: _____

טופס הסכמת הורים לאבחון דיסקטי

אנו הורי התלמיד/ה: _____
מביעים את הסכמתנו:
א. לערוך לבננו/בתנו אבחון דיסקטי במרכז "פוטנציאל".

ב. לדבר עם הצוות החינוכי/ אנשי מקצוע נוספים על תוצאות והמלצות האבחון באם יעלה צורך
ללוות אותם מקצועית לאחר קבלת ממצאי האבחון.

אנחנו הח"מ

האם:

_____	_____	_____	_____
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	כתובת

האב:

_____	_____	_____	_____
שם משפחה	שם פרטי	ת.ז.	כתובת

במידה וההורים גרושים נדרשת הסכמת שניהם לביצוע האבחונים.

חתימה
