



לכבוד
מאור"ר – מרכז אבחון וטיפול רשתי
רח' גאולים 25, בית העולה.
חולון
א.ג.נ.

הנדון: טופס הסכמת הורים לאבחון במרכז מאור"ר

פרטי התלמיד/ה

שם משפחה _____ שם פרטי _____
ת.ז. _____
ביה"ס _____ כיתה _____

פרטי ההורים:

פרטי האם –

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
כתובת: _____
טלפון: _____ נייד: _____

פרטי האב –

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____
כתובת: _____
טלפון: _____ נייד: _____

הרינו מסכימים ומאשרים בזאת שבננו/בתנו, ששמו מופיע לעיל, יעבור אבחון
דידקטי/פסיכו-דידקטי במרכז מאור"ר.

חתימת האם: _____ תאריך: _____
חתימת האב: _____ תאריך: _____

*חובת חתימה, ע"פ חוק, חלה על 2 ההורים (גם במקרה של גירושין)