

אישור הורים לביצוע אבחון פסיכולוגי

הננו מאשרים בזאת, עריכת אבחון פסיכולוגי לבגנו/בתנו \_\_\_\_\_  
הלומדת ב \_\_\_\_\_ ע" פסיכולוג השרות הפסיכולוגי חינוכי של הרשות  
או פסיכולוג חינוכי מטעמו.

שמות ההורים: \_\_\_\_\_

חתימות: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

אלון שבות  
אלעזר  
בת עין  
גבעות  
הר גילה  
כפר אלדד  
כפר עציון  
כרמי צור  
מגדל עז  
מעלה עמוס  
מעלה רחבעם  
מצד  
נווה דניאל  
נוקדים  
פני קדם  
קדר  
ראש צורים  
שדה בועז  
שדה בר  
תקוע