

אישור הסכמה לטיפול

אנו החתומים מטה,

מאשרים ומסכימים בזאת שיינתן טיפול רגשי בתחנה לטיפול זוגי ומשפחתי לילדינו:

שם הילד/ה:	_____	ת.ז.	_____
שם הילד/ה:	_____	ת.ז.	_____
שם הילד/ה:	_____	ת.ז.	_____
שם הילד/ה:	_____	ת.ז.	_____
שם הילד/ה:	_____	ת.ז.	_____

על החתום,

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____ תאריך: _____