

המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש

כתב הסכמת הורה לטיפול בילד/ה

תאריך: _____

פרטי הילד/ה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

מ. זהות הילד/ה: _____

אני החתום/ה מטה נותן/ת את הסכמתי למתן טיפול לילד/ה בתחנת בריאות
הנפש בית שמש.

שם האם: _____ מ. זהות: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ מ. זהות: _____ חתימה: _____