



המרכז הקהילתי לבריאות הנפש בית שמש
beit.shemesh@moh.gov.il

כתב הסכמת הורה לטיפול בילד/ה

תאריך: _____

פרטים אישיים של הילד/ה

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות הילד/ה
----------	---------	------------------

אני החתום/ה מטה נותן/ת את הסכמתי למתן טיפול לילד/ה בתחנה לבריאות הנפש, בית שמש

פרטי האם

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	חתימה
----------	---------	-----------	-------

פרטי האב

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות	חתימה
----------	---------	-----------	-------