



ד"ר דליה אלוני
פסיכולוגיה חינוכית

מרכז אבחון וטיפול בילדים ונוער
קניון גנים, העצמאות 65, פתח תקווה
טלפקס: 03-9218286 נייד: 052-4797279

תאריך: _____

אישור הורים

אני מבקש/מבקשת ומאשר/מאשרת בזאת, כי הפסיכולוגית ד"ר דליה אלוני תערוך לבני/בתי: _____ ת.ז.: _____

אבחון פסיכולוגי / רב תחומי משולב (פסיכו-דידקטי)

אבחון בשלות לכיתה א'

אבחון הדלגה (הקפצת כיתה)

הערכה רגשית

טיפול רגשי

תוצאות האבחון/טיפול לא יימסרו לכל גורם חיצוני, אלא רק לאחר קבלת הסכמת/הסכמתנו לכך בכתב, או בהתאם להוראת כל דין.

האם: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____

האב: _____ ת.ז.: _____ חתימה: _____