



תאריך _____

הנדון: אישור הסכמה לטיפול

אנו החתומים מטה מאשרים ליחידה להתפתחות הילד באגף ייעוץ וטיפול גולן להעניק אבחון/טיפול לבני/בתי

שם: _____ ת.ז. _____

על החתום,

שם האב _____ חתימה _____ תאריך _____

שם האם _____ חתימה _____ תאריך _____