



שם הגן:

תאריך:

שם הילד/ה:

תעודת זהות:

תחומי הטיפול (סמנו את הרלוונטי) 🧑‍⚕️

☐ ריפוי בעיסוק ☐ פיזיותרפיה ☐ ספורט טיפולי ☐ קלינאית תקשורת

אחר:

הצהרת ההורים ✓

☐ אנו, הורי הילד/ה, מאשרים לצוות הגן ולצוות הטיפולי העובד ישירות עם בננו/בתנו בתחומים שסומנו לעיל, למסור מידע בין הצוותים.☐ אנו מאשרים העברת מידע בין אנשי הצוות הטיפולי אודות בני/בתי.

המידע ישמש את הצוות החינוכי והטיפולי בלבד, לצורך קידום הילד/ה ורצף טיפולי. 🔒

שם ההורה:

ת.ז. ההורה:

חתימה: 🖋️

תאריך: