



**מיט"ל - המחלקה ליעוץ וטיפול בילד  
מרכז טיפולי / חינוך מיוחד - השמה ושיבוץ / רווחה חינוכית**

תאריך: \_\_\_\_\_

**טופס הסכמה לטיפול**

אנו הורי הילד/ה \_\_\_\_\_ מעוניינים שילדנו יקבל טיפול במרכז מיט"ל.

תאריך: \_\_\_\_\_ שם האם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**\*\*הורים גרושים – יש להחתים את שני ההורים.**