



תאריך _____

הסכמת הורה לילד קטין לטיפול/קבוצה/אבחון

פרטי המטופל:

שם משפחה _____ שם פרטי _____

מין _____ תאריך לידה _____ מס. ת.זהות _____

אני הח"מ מאשר בזאת לבני/בתי קבלת טיפול ע"י מטפל/ת מהיחידה לתסמונת הספקטרום האוטיסטי ב"בית אחד" אשר בתל אביב / כפר סבא / אשקלון הקרבה: אבא אמא (נא להקיף בעיגול)

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז.: _____ כתובת: _____

טל נייד: _____

דואר אלקטרוני: _____

הנני מאשר למרכז בית אחד מיסודה של אותי – עמותה ישראלית לאוטיזם, להשתמש בשאלונים לצורך למידה של צוותים מקצועיים, לרבות צפיה בסרטוני הוידאו שנאספו במהלך הטיפול/אבחון/קבוצה



חתימה _____

מסמך זה מכיל מידע המוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסרו שלא כדין עובר עבירה