

טופס הסכמה לטיפול

פרטי הילד:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
מ.ז.: _____ כתובת: _____

אני החתום/ה מטה נותן/ת את הסכמתי למכון מסילות אשדוד (ע"ר) לטפל בבני/ביתי

_____ במקרה של הורים גרושים יש צורך בחתימת שני ההורים

תאריך _____ שם: _____ מ.ז.: _____

חתימה: _____

מסילות

מרכז התפתחותי רב תחומי

רח' ינאי 8 אשדוד ת.ד. 16138, ע.ר. 580382414 © 08-8550209
www.mesilot.org.il © mmesilot@zahav.net.il © 08-6220898

שלמות הנפש

הוראה מתקנת

ריפוי בדיבור

פרא רפואי

אבחונים מקצועיים