

אישור טיפול בילד

אני _____ סטודנט/ית שנה ג'/ד' בחוג להפרעות בתקשורת, מבקש/ת את רשות ההורים לטפל, תוך הדרכת קלינאית התקשורת _____ בבנד/בתך _____ כחלק מההכשרה הקלינית שלי .

יש לציין שעלי למלא דו"חות, שיוגשו בעילום שם הילד, לאוניברסיטה. לא ייעשה שימוש אחר בתצפיות/בטפולים אלה.

חתימת הסטודנט: _____ חתימת הקלינאית המדריכה: _____

תאריך: _____

אני החתום/ה מטה, אביו/אמו של הילד _____ מסכים/ה בזאת שסטודנט/ית להפרעות בתקשורת י/תטפל בבני/בתי כחלק מההכשרה הקלינית שלו. הדו"חות יוגשו לאוניברסיטה בעילום שם הילד. אין ולא ייעשה כל שימוש אחר בתצפיות/בטפולים אלה.

שם: _____ חתימת ההורה: _____

תאריך: _____