

## מסמך אישור הורים

אנו מאשרים בזאת קבלת טיפול מטעם 'טיפול-לי' בתחומים הבאים (נא לסמן את התחום הרלוונטי):  
קלינאות תקשורת/ ריפוי בעיסוק/ טיפול רגשי עבור בילדנו/ בןנו

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
בכל שאלה או בקשה בנוגע להלך הטיפול או הפסקתו ניתן לפנות ישירות להנהלת טיפול-לי באמצעות  
האתר [www.tipul-li.com](http://www.tipul-li.com) ובפנייה ישירה למטפלת בהתאם לנוהל ביטול טיפולים.

על החתום:

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
אמא

שם מלא \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_  
אבא

\*יש לצרף צילום ת.ז. + ספח.  
ניתן לשלוח ל [tipuliadhabit@gmail.com](mailto:tipuliadhabit@gmail.com) או בפקס 077-318-2796 .