

טופס להורים גרושים/פרודים/הורות משותפת

תאריך מילוי השאלון: _____

שם הילד/ה: _____

ת.ז: _____

הריני מאשר/ת בזאת לילדי _____ ת"ז _____

לקבל אבחון / טיפול / בדיקת רופא/ה – במכון להתפתחות הילד של קופת חולים מאוחדת.

שם הורה(אב/אם): _____ ת"ז: _____

חתימה: _____ נייד: _____

שם הורה(אב/אם): _____ ת"ז: _____

חתימה: _____ נייד: _____