

תאריך: _____

טופס ויתור על סודיות

שם המסגרת החינוכית: _____

אנו הורי התלמיד/ה: _____ תעודת זהות: _____

מאשרים לצוות החינוכי / טיפולי העובד ישירות עם בננו/בתנו, למסור מידע שבתחום מומחיותו,

לגורמי צהרון כיוונים העובדים עם בננו / בתנו מעבר לשעות המסגרת החינוכית שלעיל ולקבל

מידע

✓ לימודי

✓ חינוכי

✓ טיפולי

✓ התנהגותי

✓ בריאותי

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____