

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 \_\_\_\_\_