

### ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית/רפואית

תאריך \_\_\_\_\_

אנו הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_ מס' זהות התלמיד/ה \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

ת. לידה \_\_\_\_\_ התלמיד/ה \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_ המוסד \_\_\_\_\_ החינוכי \_\_\_\_\_

מאשר/ים לקבל ולמסור מידע רפואי/חינוכי/טיפולי של בני/בתי \_\_\_\_\_ שנתקבל מאתנו לגורמי המקצוע של הצוות לצמצום פערים התפתחותיים, וכמו כן מאשרים לצוות לצמצום פערים התפתחותיים למסור מידע רפואי/חינוכי/טיפולי שנתקבל מאתנו לגורמי המקצוע של הצוות החינוכי במסגרת.

- במידה וההורים פרודים/גרושים יש צורך בחתימת שני ההורים.

תאריך	שם ההורה/אפוטרופוס	חתימת ההורה	מס' זהות
תאריך	שם ההורה/אפוטרופוס	חתימת ההורה	מס' זהות