

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/טיפול של בני/בתי _____ שנתקבל מאתנו לגורמי המקצוע של השירות הפסיכולוגי, וכמו כן מאשרים לצוות השירות הפסיכולוגי למסור מידע רפואי/חינוכי/טיפול 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