



עדיית נתניה

מינהל חינוך וחברה  
אגף השירות הפסיכולוגי חינוכי-התפתחותי

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד  
שירות פסיכולוגי חינוכי התפתחותי נתניה

## ויתור סודיות

ג.א. נ.,

הרינו מבקשים להעביר את ממצאי הבדיקות, הנתונים, ו / או חוות דעת והמלצותיכם על

בני/ ביתי \_\_\_\_\_ ת.ל. \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

אל : ועדת אפיון

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

והרינו מוותרים בזה על חובתכם לשמירת סודיות כלפי הנ"ל.

בכבוד רב,

שם החותם: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

קשר לילד/ה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

ט"ל: \_\_\_\_\_

עד לחתימה: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

רחוב אחי מאיר 9, נתניה

טל: 09-8609770/1 פקס: 09-8826331