



מינהל חינוך וחברה
האגף לחינוך מיוחד

תאריך _____

לכבוד

מנהל/ת אגף חינוך מיוחד

עיריית נתניה

ג.נ.,

הנדון: ויתור סודיות

אנו מאשרים בזאת להעביר את ממצאי הבדיקות, הנתונים הדוחות, ו/או

חוות דעתכם והמלצותיכם על בני / בתי _____

ת.ז. _____ תאריך לידה _____

לצורך שיבוץ בני/בתי, והרינו מוותרים בזה על חובתכם לשמירת סודיות כלפי הנ"ל.

שם האב: _____ שם האם: _____

חתימה: _____ חתימה: _____

ת.ז. _____ ת.ז. _____

כתובת: _____ כתובת: _____

טלפון: _____ טלפון: _____

רחוב טשרניחובסקי 12 קומה 1

טל: 09-8362823/4 פקס: 09-9743731

דואר אלקטרוני: esty.jos@netanya.muni.il