

טופס ויתור סודיות

נא לבחור את הסעיפים המתאימים ולמחוק בקו את שאינם מתאימים

אני החתומה/ה מטה: _____

מאשר/ת ל: שירות הפסיכולוגי חינוכי בסביון

להעביר אל : שם: _____ תפקיד / מוסד : _____

את החומר הפסיכולוגי / הרפואי / החינוכי אשר נוגע

לבני / בתי _____ ת.ז.: _____.

החומר יועבר בשיחה בדואר רשום, דוא"ל או פקס .

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

במידה וההורים גרושים נדרשת חתימת שני ההורים על פי חוק