



תאריך:

לכבוד

.....
.....

אישור - ויתור סודיות

אני הח"מ מאשר/ת בזאת להעביר מידע כולל ממצאי אבחונים ונתונים אודות:

בני / בתי: ת.ז: תאריך לידה:

ליועצת / מנהל/ת בית הספר היסודי
ומוותר/ת בזאת על חובת שמירת סודיות.

ידוע לי כי המידע הרלוונטי יועבר בצורה מקצועית תוך שמירה על הפרטיות במטרה
לאפשר את השתלבותו וקליטתו/ה הטובה ביותר של בני / בתי בלימודיו/ה בבית הספר.

מידע זה הינו לשימוש פנימי של הצוות: החינוכי / ייעוצי / פסיכולוגי

בכבוד רב

שם ההורה: שם ההורה:

תעודת זהות: תעודת זהות:

חתימה: חתימה: