



תאריך: _____

לכבוד

השרות הפסיכולוגי חינוכי

א.ג.ב.,

הנדון: ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

אנו הח"מ, הורי התלמיד/ה (או, אפוטרופוסים בהעדר הורים):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

נותנים בזה רשות לשפ"ח _____ למסור את המידע הנחוץ לקביעת דרכי
הטיפול בבננו / בבתנו הנ"ל לידי _____

לשם כך, הרינו משחררים את השפ"ח מחובת השמירה על סודיות המחויבת עפ"י החוק.

בכבוד רב,

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____