

# השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



תאריך: \_\_\_\_\_

## ויתור סודיות

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מאשר לפסיכולוג/ית  
ליצור קשר עם הגורמים הבאים:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

ולמסור להם מידע על פי שיקול דעתו לגבי בני/בתי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ שם ההורה: \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

במקרים בהם יש אפוטרופוס נוסף/אחר אשר יש צורך באישורו עפ"י חוק :

שם העד: \_\_\_\_\_ שם האפוטרופוס: \_\_\_\_\_  
ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
חתימה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_