

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' חינוך מיוחד

**ויתור על סודיות להעברת מידע לצוות רב-מקצועי לקביעת זכאות לשירותי חינוך מיוחדים**

תאריך \_\_\_\_\_

שם המסגרת החינוכית \_\_\_\_\_ סמל מוסד \_\_\_\_\_

מחוז \_\_\_\_\_

**ויתור סודיות**

אנו הורי/ אפוטרופוס התלמיד/ה \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_

מאשרים למנהל/ת המסגרת החינוכית בה לומד/ת בני/בתי למסור את המידע שהועבר על ידינו למוסד החינוכי, לרבות מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של בני/בתי, בדיקות שמיעה וראיה עדכניות, מסמכים שהעברנו למוסד החינוך לצורך דיון בצוות רב-מקצועי וכל מידע חינוכי או/ו טיפולי שעומד לרשות המוסד ביחס לתפקודו של בני/ בתי במסגרת החינוכית.

אנו מאשרים כי המידע יועבר ליו"ר צוות רב-מקצועי ולחבריה לצורך דיון בבקשה לבחון את זכאות בני/בתי לקבל שירותי חינוך מיוחדים.

שם ההורה/ אפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_

שם ההורה/ אפוטרופוס \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_