

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' לחינוך מיוחד

נספח 1: ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

תאריך: \_\_\_\_\_

מחוז: \_\_\_\_\_

שם המסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית**

אנו, הורי התלמיד/ה \_\_\_\_\_ מספר זהות \_\_\_\_\_

מאשרים לצוות החינוכי/הטיפולי העובד ישירות עם בננו/בתנו למסור מידע בתחום מומחיותו לגורמי המקצוע המטפלים בננו/בתנו מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם.

אלה הגורמים:

- רוחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- שירות פסיכולוגי
- אחר.....

אני החתום/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בננו/בתנו, בתחומים המפורטים להלן:

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר.....

שם האם \_\_\_\_\_, מ.ז. \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_, מ.ז. \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_