



ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

משרד החינוך, מחוז: _____

שם המסגרת החינוכית: _____

תאריך: _____

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי /טיפול העובד ישירות עם בננו/בתנו, למסור מידע שבתחום מומחיותו, לגורמי

המקצוע המטפלים בבננו/בתנו מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם.

אלה הגורמים (נא לסמן):

- רווחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- אחר:

אני החתומ/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו

אודות בני/בתי, כמפורט להלן (נא לסמן):

- לימודי
- חינוכי



○ טיפולי

○ אחר

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____