

בתחילת שנה

**18. טופס הסכמת הורים לטיפול במסגרת סל שילוב**

אנו הורי התלמיד/ה, החתומים מטה, נותנים בזה את הסכמתנו להשתתפות בנו/בתנו  
בטיפול ב: \_\_\_\_\_ במסגרת החינוכית בה הוא/היא  
לומד/ת או במרכז הטיפולי, מטעם מת"י כפר סבא.

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_  
שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם האם: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_

**טופס הסכמת הורים לויתור סודיות**

אנו מאשרים העברת המידע הדרוש לצורך הטיפול בבנו/בתנו \_\_\_\_\_  
מהמסגרת החינוכית בה לומד/ת \_\_\_\_\_ בשנה"ל \_\_\_\_\_ למת"י כפ"ס,  
וממת"י כפ"ס למסגרת החינוכית. כמו כן, מאשרים העברת מידע הדרוש לצורך הטיפול  
בלבד \* ממת"י כפ"ס לרווחה והשפ"ח (שירות פסיכולוגי חינוכי) ומהשפ"ח למת"י כפ"ס,  
זאת לצורך יעילות ומקצועיות הטיפול בבנו/ בתנו במסגרת מת"י.  
• אבחונום, תפקוד תלמיד, מידע רפואי, תיק תלמיד.

שם האב: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_  
שם האם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

צוות מת"י מתחייב לשמור על חיסיון המידע ולעשות בו שימוש לצרכי הטיפול בתלמיד/ה  
בלבד.

שם המטפל/ת/מורה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_