



ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

משרד החינוך, מחוז: _____

שם המסגרת החינוכית: _____

תאריך: _____

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי /טיפולי 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



מת"א (מרכז תמיכה יישובי אזורי) רח' אצ"ל פינת לח"י נתניה תד 2115
מיקוד 42120 ס.מ. 425082 טלפקס: 09-8324451 טלפון: 09-8871994
דואר אלקטרוני: matya.netanya@matya365.org.il

משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך
מיוחד

חינוכי

טיפולי

אחר

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____