

טופס ויתור סודיות

ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

אנו הורי התלמיד/ה_____ תעודת זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי / טיפולי העובד ישירות עם בני / בתי למסור מידע

שבתחום מומחיותו, לגורמי המקצוע המטפלים בבני / בתי, מחוץ למסגרת

החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם.

אלה הגורמים: רווחה / בריאות / מסגרות חינוך אחרות / שרות פסיכולוגי

אני החתום/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע

שבתחום מומחיותו אודות בננו/בתנו, כמפורט להלן: לימודי / חינוכי / טיפולי

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____