



טופס ויתור סודיות חינוכית / טיפולית

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 .

- אגף החינוך
- שירות פסיכולוגי
- רווחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- אחר _____

אני החתום / ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בני/בתי, כמפורט להלן . נא לסמן.

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר _____

הערות: _____

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____