

**טופס ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית**

תאריך: \_\_\_\_\_

שם המסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית**

אנו הורי/משפחת 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 (נא לסמן):

- רווחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- שרות פסיכולוגי
- אחר .....

אני החתומה/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בננו/בתנו, כמפורט להלן (נא לסמן):

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר .....

• ניתן לקבל את חתימת הורה אחד בלבד במקרים בהם ההורה האחר מגויס

שם האב \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_, ת.ז. \_\_\_\_\_, חתימה \_\_\_\_\_