

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 _____