

מדינת ישראל
משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך מיוחד

טופס ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

תאריך: _____

משרד החינוך, מחוז: _____ שם המסגרת החינוכית: _____

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי /טיפול טיפולי העובד ישירות עם בננו/בתנו, למסור מידע שבתחום מומחיותנו, לגורמי המקצוע המטפלים בבננו/בתנו מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם.

אלה הגורמים (נא לסמן):

- רוחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- אחר.....

אני החתומה/מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותנו

אודות בני/בתי, כמפורט להלן (נא לסמן):

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר.....

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____