



מדינת ישראל
משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך מיוחד

תאריך: _____

משרד החינוך מחוז: דרום

שם המסגרת החינוכית: _____

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:

- o רוחה
- o בריאות
- o מסגרות חינוך אחרות
- o שרות פסיכולוגי
- o אחר:

אני החתום/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בננו/בתנו, כמפורט להלן:

- o לימודי
- o חינוכי
- o טיפולי
- o אחר:

שם האב _____, ת.ז. _____, חתימה _____

שם האם _____, ת.ז. _____, חתימה _____