



מרכז חינוכי-טיפולי לתלמידים כבדי שמיעה וחרשים

משרד החינוך, מחוז צפון
רח' טרומפלדור 2, שיכון ב' ת.ד. 812 טבריה
טל' 04-6716274 פקס 04-6712328
lakash.tzafon@gmail.com



ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

תאריך: _____

אנו הורי התלמיד/ה _____ תעודת זהות תלמיד _____

כתובת מדויקת _____

טלפון בית _____ טלפון נייד _____

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:

- * רוחה
- * בריאות
- * מסגרות חינוך אחרות
- * שרות פסיכולוגי
- * רשות מקומית
- * אחר _____

אני החתומה/ה מטה, מאשר/ה לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בננו/בתי, כמפורט להלן:

- * לימודי
- * חינוכי
- * טיפולי
- * רפואי
- * הנגשה
- * אחר _____

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____