

**הנדון: הסכמה לפרסום תמונות ילד**

הריני להביע את הסכמתי לשימוש בתצלומי בני/בתי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
בתמונות, סרטונים, תוצרים, מצגות, ראיון, הקלטה קולית, תוצר של בני/בתי שיעלו לאתר המרכז  
הטיפולי ללקי"ש מחוז צפון או לצורך פרסומים אחרים.

**הקף כן או לא:**

1. אני מאשר שימוש בתמונה / סרטון/ראיון / הקלטה קולית /תוצר של בני/בתי : כן/לא
2. אני מאשר פרסום חיבור, כתבה, עבודה או דעה של בני/בתי : כן/לא

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_  
טלפון נייד: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_