



## מרכז חינוכי-טיפול לתלמידים כבדי שמיעה וחירשים

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 ניידים \_\_\_\_\_

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:

- \* רווחה
- \* 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 \_\_\_\_\_