

מדינת ישראל
משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' לחינוך מיוחד

נספח 1: ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

תאריך: _____

מחוז: _____

שם המסגרת החינוכית: _____

ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

אנו, הורי התלמיד/ה _____ מספר זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי/הטיפולי העובד ישירות עם בננו/בתנו למסור מידע בתחום מומחיותו לגורמי המקצוע המטפלים בננו/בתנו מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם.

אלה הגורמים:

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

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

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר.....

שם האם _____, מ.ז. _____, חתימה _____

שם האב _____, מ.ז. _____, חתימה _____