



תאריך: \_\_\_\_\_

משרד החינוך, מחוז: מרכז

שם המסגרת החינוכית: רקפות ראשל"צ

**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 (נא לסמן):

0 רוחה

0 בריאות

0 מסגרות חינוך אחרות(בית ספר קודם/ גן )

0 שרות פסיכולוגי

0 אחר \_\_\_\_\_

אני החתומ/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בננו/ בתנו, כמפורט להלן (נא לסמן):

0 לימודי

0 חינוכי

0 טיפולי

0 אחר \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם האב \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_