



רקפות ע"ש רחל אשל
בית חינוך המשלב עקרונות מרוח המונטסורי

תאריך _____

משרד החינוך, מחוז מרכז

שם המסגרת החינוכית: רקפות ראשל"צ

ניתור 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):

*רווח

*בריאות

* מסגרות חינוך אחרות (בית ספר קודם/גן)

*שרות פסיכולוגי

* אחר _____

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

• לימודי

• *חינוכי

• *טיפולי

• *אחר _____

שם האב _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האם _____ ת.ז. _____ חתימה _____

• במקרה של הורים גרושים/הורות משותפת, שני ההורים מחויבים בחתימה

רחוב רבי עקיבא 27 ראשון לציון

טל: 03-7725566

[אתר בית הספר](#)