

תאריך: _____

לכבוד
אגף חינוך על יסודי

הנדון: ויתור סודיות

פרטי התלמיד/ה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך לידה _____ ת. זהות _____

אני הח"מ אביו/אמו של הילד/ה מוותר/ת בזאת על הסודיות הרפואית ו/או הפסיכולוגית ו/או הצוות החינוכי או קב"ס הקשורה בילד/ה ומבקש/ת להעביר העתק הממצאים, חוות הדעת והמלצות ואת כל החומר האבחוני הנמצא ברשותכם אל יחידת הרישום במנהל החינוך, עיריית ראשון לציון.

ב ב ר כ ה ,

שם ההורה 1 _____ ת. זהות _____ חתימה _____
שם ההורה 2 _____ ת. זהות _____ חתימה _____