תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**טופס ויתור על סודיות**

לכבוד

הצוות הטיפולי של חט"ב שז"ר

אני הח"מ אימו/אביו של התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נותנים בזה רשות לכל גורם מאבחן למסור את המידע הפסיכולוגי/חינוכי/סוציאלי/רפואי/פרא רפואי או אחר, הנחוץ לקביעת דרכי הטיפול בבננו/בבתנו.

לשם כך, הרינו משחררים את היועצות מחובת השמירה על סודיות המחויבת על-פי חוק.

אין בהסכמתנו, להעברת המידע שלעיל, אישור או הסכמה מראש או בדיעבד להחלטות ו/או המלצות שתתקבלנה על–ידי כל גורם שהוא בנוגע לבננו / בתנו.

* את האבחונים במידה ונעשו, יש למסור אישית ליועצת השכבה בתחילת שנת הלימודים.

על החתום:

שם ההורה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_