

## טופס ויתור סודיות

נא לבחור את הסעיפים המתאימים ולמחוק בקו את שאינם מתאימים

אני החתומה/ה מטה: \_\_\_\_\_

מאשר/ת ל: שירות הפסיכולוגי חינוכי בסביון

להעביר אל : שם: \_\_\_\_\_ תפקיד / מוסד : \_\_\_\_\_

את החומר הפסיכולוגי / הרפואי / החינוכי אשר נוגע

לבני / בתי \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_.

החומר יועבר בשיחה בדואר רשום, דוא"ל או פקס .

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימת הורה: \_\_\_\_\_ תאריך החתימה: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

חתימת הורה: \_\_\_\_\_ תאריך החתימה: \_\_\_\_\_

במידה וההורים גרושים נדרשת חתימת שני ההורים על פי חוק