



מחלקת חינוך
שרות פסיכולוגי חינוכי
רח' ההסתדרות 18, טל': 09-8915043
psy@even-yehuda.muni.il

תאריך: _____

לכבוד: _____

א.ג.נ.,

הנדון: ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

אנו הח"מ, הורי התלמיד/ה (או, אפוטרופוסים בהעדר הורים):

פרטי התלמיד:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

נותנים בזה רשות לשפ"ח אבן יהודה ו ל _____ למסור את המידע הנחוץ

לקביעת דרכי הטיפול בבננו / בבתנו הנ"ל לידי _____

לשם כך, הרינו משחררים את הנ"ל מחובת השמירה על סודיות המחויבת עפ"י החוק.

בכבוד רב,

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____