

תאריך: _____

לכבוד:

אגף החינוך

טופס ויתור סודיות

פרטי התלמיד/ה:

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

אנו הח"מ, הוריו של הילד/ה מוותר/ת בזאת על הסודיות הרפואית ו/או הפסיכולוגית ו/או הצוות החינוכי הקשורה בילד/ה ומבקש/ת להעביר העתק הממצאים, חוות הדעת והמלצות ואת כל החומר האבחוני הנמצא ברשותכם לאגף החינוך, מועצה מקומית גדרה.

בברכה,

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

שליחת הטופס לכתובת דוא"ל:

Ayala.ashtar@gedera.muni.il

Onit.sharabi@gedera.muni.il

טלפונים:

אילה 08-8593561

אונית 077-2755283