

טופס ויתור על סודיות להעברת מידע

תאריך: ____/____/____

שם המסגרת החינוכית: _____

סמל מוסד: _____

אנו הורי התלמיד/ה: _____ ת.ז. התלמיד/ה: _____

מאשרים למנהל/ת המסגרת החינוכית בה לומד/ת בני/בתי למסור את המידע שהועבר על ידינו למוסד החינוכי, לרבות מסמכים קבילים של אבחנת המוגבלות של בני/בתי, בדיקת שמיעה וראיה עדכניות, מסמכים שהעברנו למוסד וכל מידע חינוכי או טיפולי שעומד לרשות המוסד ביחס לתפקודו של בני/בתי במסגרת החינוכית.

אנו מאשרים כי המידע יועבר לביה"ס בו לומד/ת בני/בתי.

בברכה,

שם ההורה: _____ חתימת ההורים: _____