תאריך:\_\_\_\_\_\_\_

השירות הפסיכולוגי החינוכי

 אגף החינוך

לכבוד

השירות הפסיכולוגי החינוכי

בעיריית יהוד-מונוסון

א,ג.נ.,

**הנדון : ויתור סודיות-הרשאה למסירות מידע פסיכולוגי**

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

שם משפחה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת"ז:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ביה"ס/גן: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ כתה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

נותנים בזה רשות לשפ"ח **יהוד-מונוסון** למסור את המידע הפסיכולוגי

והרפואי בנוגע לבננו/בתנו

לידי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לשם כך, הרינו משחררים את השפ"ח 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_