

אספקת שירותים רפואיים לתלמידים במסגרת החינוך המיוחד
הפרויקט מבוצע ע"י ביקורופא ע"פ מכרז מס' 10/7.2020
הפרויקט מבוצע עבור האגף לחינוך מיוחד, משרד החינוך

תאריך _____

א.ג.נ

____/____/____

שלום רב,

הנדון- טופס ויתור סודיות

שם התלמיד: _____ ת.ז. _____

הנכם מתבקשים למלא את ההצהרה שלהלן ולהחזירה בהקדם לאחות ביה"ס /הגן.

אני, הח"מ, אביו/אימו/אפוטרופוס של הילד/ה הנ"ל, מצהיר בזאת כי:

1. מידע אודות מצבו הבריאותי/נפשי, הקיים אצל ילדי/תי הנמצא בידי כל מוסד רפואי או כל מוסד ו/או גוף אחר, יימסר לאחות המסגרת או למי מטעמה.
2. אני מסכים/ה ומבקש/ת שכל אדם או מוסדר אשר בידו מצוי מידע כלשהו אודות מצב בריאותי של ילדי, ימסור אותו לאחות או לגורם מטעמה על פי דרישה.
3. אני נותן/ת הסכמתי להעביר אל האחות ו/או רופא המוסד ו/או דיאטנית המוסד ו/או הצוות החינוכי במוסד, כל מידע רלוונטי על מצבו/ה הבריאותי של ילדי ו/או לאפשר תצפית על הילד/ה.
4. טרם ביצוע תצפית על התלמיד במסגרת החינוכית ובמידת הצורך, יעדכן/תעדכן מנהל/ת המסגרת את ההורים על מועד התצפית ותוכנה.
5. הסכמתי זו באה לאפשר לאחות או לגורם מטעמה להעניק לילדי את הטיפול הראוי והמתאים לו.
6. אני מצהיר/ה כי לא תהיינה לי כל תביעות ו/או טענות כלפיכם בעניין זה.

על החתום,

שם האב: _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____

שם האם: _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____

שם האפוטרופוס: _____ ת.ז. _____ חתימה _____ תאריך _____