

לכבוד:

שירות פסיכולוגי חינוכי ראשל"צ

ויתור סודיות

שם הילד/ה	שם משפחה	ת.לידה	ת.ז.

אנו, מוותרים בזה על סודיות מקצועית בנוגע לתוצאות בדיקות ו/או טיפול שנערכו אצלכם
לבתנו / בנו .

הננו מבקשים בזה להעביר העתק הממצאים, חוות דעת או המלצות אשר בידכם, בהקדם האפשרי, לידי:
_____ ובמקביל לקבל מידע מהגורמים
הבאים: _____

הכתובת: _____

שם הורה 1: _____ שם הורה 2: _____

מס' ת.ז. _____ מס' ת.ז. _____

חתימה: _____ חתימה: _____

- במידה וחותרם הורה אחד: אני מתחייב לידע את ההורה השני.
חתימת התחייבות _____

- אם ההורים גרושים או פרודים יש צורך לקבל חתימת שני ההורים.