

מדינת ישראל
משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' חינוך מיוחד

נספח 2: טופס ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

תאריך: 1.9.25

משרד החינוך, מחוז: _____ מרכז _____

שם המסגרת החינוכית: _____ ביה"ס "צליל" _____

ויתור על סודיות חינוכית/טיפולית

אנו הורי התלמיד/ה _____

תעודת זהות _____

מאשרים לצוות החינוכי/טיפולי העובד ישירות עם בני/בתי למסור מידע שבתחום מומחיותו, לגורמי המקצוע המטפלים בבני/בתי, מחוץ למסגרת החינוכית שלעיל ולקבל מידע מהם. אלה הגורמים (נא לסמן):

- רווחה
- בריאות
- מסגרות חינוך אחרות
- שרות פסיכולוגי
- אחר

אני החתום/ה מטה, מאשר/ת לצוות המסגרת החינוכית למסור ולקבל מידע שבתחום מומחיותו אודות בננו/בתנו, כמפורט להלן (נא לסמן):

- לימודי
- חינוכי
- טיפולי
- אחר

מדינת ישראל
משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' חינוך מיוחד

שם הורה 1 _____, ת.ז. _____
חתימה _____
שם הורה 2 _____, ת.ז. _____
חתימה _____