



מחלקת חינוך

שרות פסיכולוגי חינוכי

רח' ההסתדרות 18, טל': 09-8915043

michal@even-yehuda.muni.il

תאריך _____

לכבוד
השרות הפסיכולוגי חינוכי
אבן יהודה

א.ג.ב.,

הנדון: ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

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

שם התלמיד: _____

ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

נותנים בזה רשות לשפ"ח אבן יהודה למסור את המידע הנחוץ לקביעת דרכי הטיפול
בבנו / בבתנו הנ"ל 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: _____