



Дата: _____

Кому:

Психологическая образовательная служба Тель Авива – Яффо

Уважаемый/ая г-н/жа

ייתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

Отказ от конфиденциальности

Разрешение на передачу психологической информации

Мы нижеподписавшиеся, родители ученика/цы (или опекуны при отсутствии родителей):

Данные ученика:

Фамилия и Имя	Номер удостоверения личности	Дата рождения
Название школы или детского сада, в котором обучается		Класс / Группа

Данные родителей:

	Фамилия и Имя Родителя	Номер удостоверения личности
1		
2		

Даем разрешение психологической образовательной службе Тель Авива – Яффо на передачу требуемой информации в _____, для определения методов лечения нашего сына / дочери.

Для этого, освобождаем психологическую образовательную службу от обязательств по сохранению конфиденциальности соответственно законодательству.

С уважением,

Подпись родителя _____

Дата подписи _____

Подпись родителя _____

Дата подписи _____



