

תאריך: _____

לכבוד

השירות הפסיכולוגי חינוכי תל-אביב-יפו

א.ג.נ.,

ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

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

פרטי הילד

שם פרטי ושם משפחה	מספר זהות	תאריך לידה
שם בית הספר או הגן בו לומד	כיתה	

פרטי ההורים

שם ההורה	מספר זהות
שם ההורה	מספר זהות

נותנים בזה רשות לשפ"ח תל-אביב-יפו 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,

חתימת הורה _____ תאריך החתימה _____

חתימת הורה _____ תאריך החתימה _____