

השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



תאריך: _____

ויתור סודיות

אני הח"מ _____ ת.ז. _____ מאשר לפסיכולוג/ית
ליצור קשר עם הגורמים הבאים:

1. _____
2. _____
3. _____

ולמסור להם מידע על פי שיקול דעתו לגבי בני/בתי _____ ת.ז. _____

שם ההורה: _____	שם ההורה: _____
ת.ז. _____	ת.ז. _____
חתימה: _____	חתימה: _____

במקרים בהם יש אפוטרופוס נוסף/אחר אשר יש צורך באישורו עפ"י חוק :

שם האפוטרופוס: _____	שם העד: _____
ת.ז. _____	ת.ז. _____
חתימה: _____	חתימה: _____