

תאריך: _____

לכבוד הנהלת ביה"ס

הנדון: ויתור סודיות – הרשאה לקבלת מידע

אנו הח"מ הורי התלמיד/ה (או אפוטרופוסים אחרים בהיעדר הורים):

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז _____

תאריך לידה: _____ מאשרים לצוות בית הספר היסודי _____
להעביר מידע רלוונטי ליועצת בית הספר עמי אסף, על מנת לסייע בתהליך הקליטה
של התלמיד/ה.

☐ אנו מאשרים את העברת המידע שלעיל.

☐ אנו לא מאשרים העברת המידע שלעיל.

הערה: באחריות ההורים להעביר אבחונים באופן עצמאי ליועצת בית הספר.

חתימת ההורים:

שם ההורה (מלא) _____ ת"ז _____

כתובת: _____ תאריך: _____ חתימת ההורה: _____