



עיריית ראשון-לציון

מינהל החינוך
האגף לחינוך על יסודי
היחידה לרישום ושיבוץ

לכבוד

תאריך _____

השרות הפסיכולוגי החינוכי
בית ספר _____
ראשון לציון

הנדון: ויתור סודיות

בעניין:

פרטי התלמיד/ה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ תאריך לידה _____ ת. זהות _____

אני הח"מ אביו/אימו של הילד/ה מוותר/ת בזאת על הסודיות הרפואית או הפסיכולוגית הקשורה בילד/ה ומבקש/ת להעביר העתק הממצאים, חוות הדעת והמלצות ואת כל החומר האבחוני הנמצא ברשותכם אל מנהל האגף לחינוך על יסודי בעיריית ראשון לציון

ב ב ר כ ה ,

שם ההורה _____ ת. זהות _____ חתימה _____