



תאריך: _____

**הנדון: ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע
לאגף החינוך מ.א. חוף השרון, שפ"ח חוף השרון ויועצת ביה"ס המבוקש**

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

שם: _____ שם משפחה: _____

ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

נותנים בזה רשות ל:

מסגרת החינוכית (מחנכת, יועצת, מנהלת),

לגורם המטפל (פסיכולוג או כל מטפל אחר, אם יש)

למסור את המידע המבוקש ע"י מ.א. חוף השרון לשם בחינת האפשרות לקליטה
במסגרת החינוכית אשר בתחומה.

שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____
שם ההורה	מספר ת.ז.	חתימה
_____	_____	_____