

שם המבקש _____
כתובת _____

תאריך _____

לכבוד

השירות הפסיכולוגי-החינוכי

רח' השניים 3, גבעתיים

גבעתיים 53253

ויתור על סודיות

אנו הח"מ, הורי הקטין/קטינה _____ ת.ז. _____ :
מאשרים למסור לידי _____ :

את תוצאות הבדיקה או החומר המקצועי הקשורים בבנו/בתנו הנ"ל.
חתימתנו מטה מהווה פטור מכל חובת-סודיות אשר חלה עליכם עפ"י החוק.

חתימת ההורה: _____

חתימת ההורה: _____

מס' ת.ז. _____

מס' ת.ז. _____