



טופס ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

פרטי הילד/ה

- שם מלא: _____
- תעודת זהות: _____
- מוסד חינוכי נוכחי: _____
- מוסד חינוכי מבוקש: _____

הצהרת ההורים / אפוטרופוסים

אנו החתומים מטה, הורי הילד/ה, נותנים בזאת את הסכמתנו לצוות אנגף החינוך ברשות המקומית לקיים דיאלוג ושיתוף במידע הרלוונטי בנוגע לבננו/בתנו. אנו מאשרים העברת מידע בין הגורמים הבאים:

- צוות אנגף החינוך והשירות הפסיכולוגי החינוכי (שפ"ח)
- הצוות החינוכי והטיפול במוסד הנוכחי (מנהל/ת, יועץ/ת, מחנך/ת)
- הצוות החינוכי והניהולי במוסד החינוכי אליו מתבקש המעבר

מטרת ויתור הסודיות

המידע יועבר לצורך בחינת בקשת ההעברה, התאמת המענה החינוכי המיטבי, הבטחת רצף פדגוגי וטיפול בעת המעבר בין המוסדות. ידוע לנו כי המידע שיועבר יישמר בחיסיון וייחשף אך ורק בפני בעלי התפקידים הרלוונטיים לצורך קבלת ההחלטה.

חתימות

- שם ההורה: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____
- שם ההורה: _____ ת"ז: _____ חתימה: _____

תאריך: _____