



המועצה המקומית כפר שמריהו

לכבוד
השרות הפסיכולוגי חינוכי
כפר שמריהו

הנדון: ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

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

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____

ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____

נותנים בזאת רשות לשפ"ח כפר-שמריהו למסור ולקבל את המידע הנחוץ לקביעת דרכי הטיפול בבנו / בבתנו הנ"ל לידי (בא למלא של מלא של איש הקשר טל: (של איש הקשר) דוא"ל: (של איש הקשר)

לשם כך, הרינו משחררים את כל הגורמים המצוינים כאן מחובת השמירה על סודיות המחויבת עפ"י החוק.

בכבוד רב,

שם ההורה: _____ ת.ז. _____
כתובת: _____
דוא"ל _____ טל: _____
חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____
כתובת: _____
דוא"ל _____ טל: _____
חתימת הורה: _____ תאריך החתימה: _____



המועצה המקומית כפר שמריהו

טל: _____