**ויתור על סודיות להעברת מידע לצוות רב-מקצועי לקביעת זכאות לשירותי חינוך מיוחדים**

תאריך: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

שם המסגרת החינוכית **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** סמל מוסד **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

מחוז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ויתור סודיות**

אנו הורי/ אפוטרופוסי התלמיד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאשרים למנהל/ת המסגרת החינוכית בה לומד/ת בני/בתי למסור את המידע שהועבר על ידינו למוסד החינוכי, לרבות מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של בני/בתי, בדיקות שמיעה וראיה עדכניות, מסמכים שהעברנו למוסד החינוך לצורך דיון בצוות רב-מקצועי וכל מידע חינוכי או/ו טיפולי שעומד לרשות המוסד ביחס לתפקודו של בני/ בתי במסגרת החינוכית.

אנו מאשרים כי המידע יועבר ליו"ר צוות רב-מקצועי ולחבריה לצורך דיון בבקשה לבחון את זכאות בני/בתי לקבל שירותי חינוך מיוחדים.

שם ההורה \* /אפוטרופוס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה \* /אפוטרופוס \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* במקרה של הורים גרושים או פרודים יש צורך בחתימה של שני ההורים