**ויתור על סודיות להעברת מידע לצוות רב-מקצועי לפילוח תמיכות משירותי חינוך מיוחדים**

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

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

מחוז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ויתור סודיות**

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

מאשרים לוועדה לדון בחלוקת השעות שבני/ביתי זכאי להן במסגרת וועדת זכאות ואיפיון. כמו כן למסור לחברי הוועדה את כל המידע שהועבר על ידינו למוסד החינוכי, לרבות מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של בני/בתי, בדיקות שמיעה וראיה עדכניות וכל מידע חינוכי או/ו טיפולי שעומד לרשות המוסד ביחס לתפקודו של בני/ בתי במסגרת החינוכית.

אנו מאשרים, כי המידע יועבר לחברי הוועדה לצורך דיון אודות פילוח השעות, שהוקצו בוועדת זכאות ואיפיון לצורך קבלת 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