

ויתור סודיות

שם המטופל/ת \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_

שם ההורה \_\_\_\_\_

אני מסכים בזאת כי ניתן יהיה להעביר/לקבל אינפורמציה על בני/בתי מגורמים רלוונטיים (כמו בי"ס, גן, רופא, מטפלים שונים וכדומה)

הערות:

---

---

---

---

תאריך \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_