



שירות פסיכולוגי חינוכי

עיריית ביתר עילית

בס"ד

תאריך: _____

לכבוד

השרות הפסיכולוגי

עיריית ביתר עילית

ויתור סודיות

בעניין: _____ / _____ / _____
שם משפחה שם פרטי מס' ת"ז

אני הח"מ, אביו ואמו של הילד/ה מוותרים בזאת על הסודיות הרפואית והפסיכולוגית הקשורה בילד/ה ומבקשים להעביר את חוות-דעתכם ואת כל החומר האבחוני הנמצא ברשותכם אל:

שם האם: _____ מס' ת"ז: _____ חתימה _____ טל' _____
שם האב: _____ מס' ת"ז: _____ חתימה _____ טל' _____