

## ויתור על סודיות להעברת מידע לוועדת זכאות ואפיון

תאריך \_\_\_\_\_  
שם המסגרת החינוכית: \_\_\_\_\_ סמל המוסד: \_\_\_\_\_ המחוז: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ויתור סודיות

אנו, הורי התלמיד/ה/האפוטרופוס \_\_\_\_\_ תעודת זהות \_\_\_\_\_,

מאשרים למנהל/ת המסגרת החינוכית שבה לומד/ת בננו/בתנו למסור ליו"ר ועדת זכאות ואפיון את המידע שהועבר על ידנו למוסד החינוכי:

- מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של בננו/בתנו
- מסמכים שהעברנו למוסד החינוך לצורך דיון בוועדה \_\_\_\_\_
- כל מידע חינוכי ו/או טיפולי העומד לרשות המוסד החינוכי ביחס לתפקודו של בננו/בתנו במסגרת החינוכית.
- אנו מאשרים כי המידע יועבר ליו"ר ועדת הזכאות והאפיון ולחבריה לצורך דיון בבקשה לבחון את זכאות בננו/בתנו לקבל שירותי חינוך מיוחדים.

הערות:

---

---

---

---

שם ההורה/האפוטרופוס: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_

שם ההורה/האפוטרופוס: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_  
חתימה \_\_\_\_\_