

טופס ויתור סודיות

אני הח"מ מאשר לגורמים הבאים :

- מסגרת חינוכית
- מרכז להתפתחות הילד
- קופ"ח
- שרות פסיכולוגי
- אחר _____

להעביר מידע לשירות הפסיכולוגי חינוכי, מ.א. גוש עציון

בנוגע לתפקודו/ה של בני/בתי _____

שם _____

חתימה _____

תאריך _____