

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.....