מדינת ישראל
משרד החינוך
המנהל הפדגוגי
אגף א' חינוך מיוחד

<u>ויתור על סודיות להעברת מידע לוועדת זכאות ואפיון</u>

תאריך_____

שם המסגרת החינוכית _____ סמל מוסד_____

מחוז_____

<u>ויתור סודיות</u>

אנו הורי/ אפוטרופוסי התלמיד/ה _____ תעודת זהות _____

מאשרים למנהל/ת המסגרת החינוכית בה לומד/ת בני/בתי למסור את המידע שהועבר על ידינו למוסד החינוכי, לרבות מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של בני/בתי, בדיקות שמיעה וראיה עדכניות, שאלון הורים (ככל שקיים), שאלון תלמיד (ככל שקיים), מסמכים שהעברנו למוסד החינוך לצורך דיון בוועדה וכל מידע חינוכי או/ו טיפולי שעומד לרשות המוסד ביחס לתפקודו של בני/ בתי במסגרת החינוכית.

אנו מאשרים כי המידע יועבר ליו"ר ועדת זכאות ואפיון ולחבריה לצורך דיון בבקשה לבחון את זכאות בני/בתי לקבל שירותי חינוך מיוחדים.

שם ההורה /אפוטרופוס_____ ת.ז._____
חתימה_____

שם ההורה /אפוטרופוס_____ ת.ז._____
חתימה_____