

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד: \_\_\_\_\_ (שם המטפל/ת)

הנדון: ויתור סודיות

אני החתום מטה, מבקש בזאת למסור כל מידע שדיכום הנוגע לאבחון, טיפול, תפקוד ומצב הבריאות של בני / בתי

שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ ת.ז הילד/ה: \_\_\_\_\_

ל- \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_