

תאריך: \_\_\_\_\_

לכבוד:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

הנדון: ויתור סודיות

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

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

למטפל/ת: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_