תאריך : _____

לכבוד :

היחידה להתפתחות הילד סחלבים

הנדון: ויתור סודיות

בזאת אני נותן/ת את הסכמתי למסירת מידע וקבלת מידע במסגרת קבוצת מיומנויות חברתיות של היחידה להתפתחות הילד סחלבים אודות

בני/ בתי : _____ מס' ת.ז. : _____

לגורמים הבאים : (נא לסמן את הגורמים המתאימים)

□ למטפל פרא-רפואי בתחום : פיזיותרפיה / ריפוי בעיסוק / קלינאות תקשורת

□ למטפל רגשי / פסיכולוג / נוירולוג

□ לגננת

□ למחנכת

□ אחר _____

בכבוד רב

שם ההורה : _____

מס' ת.ז. : _____

חתימה : _____