

ויתור סודיות

אני, הח"מ, מאשר/ת בזאת לצוות _____, להעביר כל מידע הנוגע לבני/בתי

שם הילד/ה _____, ת.ז. _____.

הנני משחרר/ת אתכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם ובשליחותכם, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע לני"ל, מוותר/ת על סודיות זו כלפי מסגרת בית ספרית, בה ילמד בני/בתי בשנה הבאה, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לני"ל.

פרטי הח"מ:

מספר זהות

שם פרטי

שם משפחה

כתובת _____

סוג קרבה לילד/ה _____

תאריך _____

חתימה _____