



ויתור סודיות והסכמה לקבלת טיפול ב"מפתח- המרכז לגיל הרך"

אנו הורי הילד/ה _____ מאשרים לצוות הטיפולי במפתח

לטפל בילד/ה, למסור ולקבל מידע מ/ל צוות חינוכי טיפולי בגן או בבית הספר וגורמים טיפוליים אחרים כמו: שרות פסיכולוגי, רווחה, מת"א, מפתח, קופ"ח ועוד.

בחתימתנו להלן יש לראות ויתור על סודיות לצרכים הטיפוליים בלבד ולקידום הטיפול של ילדי.

חתימת הורים: _____

תודה על שיתוף הפעולה! צוות מפתח

במקרה וההורים גרושים חובה על שני ההורים למלא

הריני מאשר בזאת לילדי _____ ת.ז. _____ לעבור אבחון/טיפול במרכז מפתח

שם האם: _____ ת.ז. _____ חתימה _____

שם האב: _____ ת.ז. _____ חתימה _____