

מינהל החינוך
האגף לחינוך יסודי
טלפון: 03-9052680-03 / פקס: 03-9052698

תאריך _____

טופס ויתור סודיות

אנו הורי התלמיד/ה _____ ת"ז _____

מבית הספר _____ כיתה _____, נותנים את הסכמתנו להעברת מידע

רלוונטי מהמסגרת החינוכית בה לומד/ת בנו/בתנו או מכל גורם מטפל ומסייע, אל מנהל אגף החינוך
ו/או המסגרת המבוקשת.

שם האב _____ ת"ז _____ נייד _____

שם האם _____ ת"ז _____ נייד _____

כתובת _____

חתימת האם

חתימת האב

הצהרת ההורה בעניין רישום

הריני מצהיר/ה בזאת כי רישום בני/בתי למסגרת חינוכית הינו בידיעתו ובהסכמתו של אביו/אמו.

הנני מצהיר/ה כי כל הפרטים הרשומים לעיל נכונים.

חתימה _____