



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שירות פסיכולוגי חינוכי והתפתחותי

תאריך _____

לכבוד
השרות הפסיכולוגי
עיריית רמת-גן
דרך בן גוריון 183,
רמת-גן טל' 6780388, פקס' 6780664

א.ג.ג.,

ויתור סודיות

בעניין: שם משפחה: _____ / שם פרטי: _____ /
מס' ת.ז. _____

אנו הח"מ, אביו ואמו של הילד/ה מוותרים בזאת על הסודיות הרפואית והפסיכולוגית הקשורה
בילד/ה ומבקשים להעביר את חוות-דעתכם ואת כל החומר האבחוני הנמצא ברשותכם אל:

שם ההורה 1: _____ חתימה _____ מס' ת.ז. _____ טל' _____

שם ההורה 2: _____ חתימה _____ מס' ת.ז. _____ טל' _____



מכון התקנים הישראלי

דרך בן גוריון 183 רמת-גן | טל. 03-6780388 | פקס. 03-6780664

לשרותך: מוקד 109 בייסבוק: עיריית רמת-גן www.ramat-gan.muni.il



עיריית רמת-גן
אגף החינוך
שירות פסיכולוגי חינוכי והתפתחותי

תאריך: _____

לכבוד

א.ג.ג.,

ויתור סודיות

בעניין: שם משפחה: _____ / שם פרטי: _____ /
מס' ת.ז. _____

אנו הח"מ, אביו ואמו של הילד/ה מוותרים בזאת על הסודיות הרפואית והפסיכולוגית הקשורה בילד/ה ומבקשים להעביר את חוות-דעתכם ואת כל החומר האבחוני הנמצא ברשותכם אל:

השרות הפסיכולוגי החינוכי רמת-גן
דרך בן-גוריון 183
טל': 03-6780388, פקס': 03-6780664

שם ההורה 1: _____ חתימה _____ מס' ת.ז. _____ טל' _____

שם ההורה 2: _____ חתימה _____ מס' ת.ז. _____ טל' _____

