

תאריך: \_\_\_\_\_

**ויתור סודיות – אישור מסירת מידע**

אנו הח"מ, הורי התלמיד/ה (או, אפוטרופוסים אחרים בהעדר הורים):  
 שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
 ת.ז.: \_\_\_\_\_, תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
 נותנים בזאת רשות לשפ"ח בני שמעון למסור / לקבל (הקף בעיגול) את המידע הפסיכולוגי / חינוכי /  
 סוציאלי / רפואי / פרא-רפואי או אחר, הנחוץ לקביעת דרכי הטיפול בבננו / בבתנו הנ"ל לידי / מידי:  
 \_\_\_\_\_ ולקיים שיח בנושא התלמיד/ה עם גורמי החינוך הרלוונטיים.  
 לשם כך, הרינו משחררים את הנוגעים לדבר (שפ"ח בני שמעון, הגוף המוצג לעיל) מחובת השמירה  
 על סודיות המחויבת על – פי החוק.

שם האם (מלא): \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת האם: \_\_\_\_\_

שם האב (מלא): \_\_\_\_\_ ת.ז.: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת האם: \_\_\_\_\_

הנני מאשר/ת לשפ"ח בני שמעון למסור / לקבל את המידע באמצעות הדואר האלקטרוני.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת האם: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת האב: \_\_\_\_\_

- במקרה של הורים גרושים, על שני ההורים לחתום.

אנו רואים חשיבות רבה בשמירה על פרטיותכם ופרטיות ילדיכם. המידע הנמסר בסביבת השפ"ח ו/או בטפסים הזמינים באתר זה יישמר במאגרי המועצה ויעשה בו שימוש רק לצורך טיפול בבקשה ולצרכים חינוכיים או מנהליים הקשורים אליה, בהתאם להוראות חוק הגנת הפרטיות. במקרים שבהם נמסר מידע רגיש (כגון מידע רפואי, רגשי או משפחתי), הוא נשמר ומעובד באמצעי אבטחה מחמירים ובהרשאות גישה מוגבלות בלבד. באפשרותכם לעיין במידע, לבקש לתקנו או למחוק אותו בהתאם לחוק.