

עיריית לוד
אגף החינוך
המחלקה לחינוך מיוחד



תאריך: _____

ויתור סודיות

אנו הורי / אפוטרופוס התלמיד/ה: _____

תעודת זהות: _____

מאשרים למחלקת חינוך מיוחד בעיריית לוד למסור למוסד חינוכי שאמור לקלוט את התלמיד מידע שהועבר אל המחלקה על ידינו, לרבות מסמכים קבילים על אבחנת המוגבלות של התלמיד, בדיקות שמיעה וראייה עדכניות, שאלון הורים, שאלון תלמיד, מסמכים שהעברנו לצורך דיון בוועדת זכאות ואפיון וכל מידע חינוכי ו/או טיפולי שעומד לרשות המחלקה.

אנו מאשרים כי המידע הנ"ל יועבר למוסד החינוכי אשר תואם את אפיון התלמיד לצורך בחינת שיבוצו במוסד החינוכי.

שם ההורה/ אפוטרופוס _____ ת.ז. _____

חתימה: _____ טלפון: _____

שם ההורה/ אפוטרופוס _____ ת.ז. _____

חתימה: _____ טלפון: _____