תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**טופס ויתור סודיות**

אני/אנו הח"מ, נותן בזאת את הסכמתי/נו ל\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם+ת.ז. (להלן: "מנתח/ת ההתנהגות"), להעביר ולקבל כל מידע המצוי ברשותו, בכל הנוגע לבני/בתי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_עם המסגרות המצוינות מטה. כמו כן, הנני/נו מאשר/ים לתת הדרכה במידת הצורך והכל לצורך הטיפול, בהתאם לשיקול דעת מקצועי.

* המסגרת החינוכית בה לומד/ת הילד/ה
* השירות הפסיכולוגי
* אישורים רפואיים
* אבחונים
* רופאים מטפלים/מאבחנים
* מלווה לטיפול: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(לילד/ה המגיע/ה בליווי סייעת/בן משפחה)
* כל גורם מקצועי אחר לפי שיקול דעת של מנתח ההתנהגות
* אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תוקפו של כתב הוויתור יישאר בעינו כל עוד יש לבתי/בני קשרים כלשהם עם מנתח ההתנהגות.

תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_חתימת ההורה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_חתימת ההורה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_