



ב"ה

אולפנת אמי"ת להב"ה קדומים



אולפנת אמי"ת
מחנכת אמי"ת

אולפנה אזורית לבנות
טל" 09-7928128, פקס 09-7928127

שם בית הספר הקודם: _____ למדה בכתה: _____

כתובתו: _____ טלפון: _____

שם המחנך/כת הקודמת: _____ שם יועצת ביה"ס: _____

=====
=האם קיים תיק בשירות הפסיכולוגי? כן / לא

מען השירות הפסיכולוגי: _____ טל' _____

האם קיים תיק בשירותי הרווחה? כן / לא

מען שירותי הרווחה: _____ טל' _____

=====
לכבוד

ההנהלה והצוות הטיפולי

אולפנת להב"ה, קודמים

א.ג.נ.

הנדון: ויתור סודיות

1.אנו החתומים מטה הורי התלמידה _____ מסכימים בזה כי יועבר אליכם מידע הקשור בבתנו, והעשוי להידרש לטובתה, כולל תוצאות אבחונים פסיכולוגיים שנערכו לה בעבר.

2.ידוע לנו כי הפרטים הממולאים על ידנו, יועלו וינחלו במחשב, למטרות ניהול פדגוגי בית-ספרי. כמו כן, ידוע לנו כי חלק מהנתונים יועברו לרשות המקומית ולמשרד החינוך והתרבות במסגרת ניהול מערכות כספיות ומערכות מידע, וזאת על פי הנהלים הקיימים.

3.מידע זה לא ישמש לצרכים אחרים.

על החתום: שם האב _____ חתימת האב _____

שם האם _____ חתימת האם _____