



בס"ד

ויתור סודיות רפואית

לכבוד

צוות רפואי/ הנהלת בית הספר

_____ (נא לרשום את שם ביה"ס הנוכחי בו לומד הבן)

אנו החתומים מטה, הוריו ואפטרופסיו של התלמיד _____ (שם משפחה ושם מלא) ת.ז. _____ נותנים לכם בזה הרשות למסור לצורך טיפול, לכל רופא או אחות שימנו עם צוות הרפואי של ביה"ס בעתיד ו/או לצוות רפואי של כל בית ספר אחר אליו יעבור התלמיד, את כל הנתונים הרפואיים המופיעים בכרטיס הבריאות של התלמיד ומוותרים על סודיות רפואית כלפי המבקש.

שם האב _____	ת.ז. _____	חתימה _____
שם האם _____	ת.ז. _____	חתימה _____