



טופס מס' 5

### טופס ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ ואפוטרופוס של התלמיד/ה \_\_\_\_\_ (שם פרטי + שם משפחה) נותנים לכם בזה רשות למסור לצורך טיפול, לכל רופא ו/או אחות שיימנו עם הצוות הרפואי של בית הספר בעתיד ו/או לצוות הרפואי של כל בית ספר אחר אליו יעבור התלמיד/ה את הנתונים הרפואיים בכרטיס הבריאות של התלמיד/ה, ומוותרים על סודיות רפואית כלפי המבקש.

שם הורה 1: \_\_\_\_\_ שם הורה 2: \_\_\_\_\_

מס' זהות: \_\_\_\_\_ מס' זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

חתימת ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_