



טופס ויתור על סודיות רפואית

אני הח"מ ואפוסטרופוס 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: _____