

תאריך: _____

טופס הסכמה לטיפול + ויתור סודיות

לכבוד:

היחידה לקידום נוער: _____

אנו החתום/ים מטה:

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

שם ההורה: _____ ת.ז. _____

מאשרים בזאת:

1. אני/ו מאשר/ים הפנייה של בננו/בתנו _____ ת.ז. _____.

לטיפול פסיכולוגי על ידי גורם מטפל חיצוני מוסמך בהתאם להמלצת צוות
היחידה לקידום נוער.

2. אני/ו מאשר/ים לצוות היחידה לקידום נוער להעביר מידע רלוונטי הנוגע

למצבו/ה של בננו, במטרה לאפשר מתן טיפול מקצועי ומותאם לצרכיו.

3. אני/ו אנו מוותרים בזאת על חובת הסודיות המקצועית המחוייבת על פי חוק

בכל הנוגע למידע שבידי צוות היחידה לקידום נוער הקשור בילדינו
ומאפשרים לצוות למסור ולקבל מידע זה עם הגורם המטפל בלבד, למטרות
הטיפול בלבד.

** במקרה של הורים גרושים/פרודים, נדרשת חתימת שני ההורים.

שם ההורה: _____ חתימה: _____

שם ההורה: _____ חתימה: _____