תאריך: {date}

***טופס ויתור סודיות***  
אני החתום מטה, אב / אם הילד: {first\_name} , ת"ז: {idNo} , נותן בזה רשות להעברת מידע הדדי בין קרני שרם, קלינאית התקשורת המטפלת לבין גורמים מטפלים נוספים (כגון: גננת, גננת שילוב, מטפלים פרא רפואיים בהווה ובעבר, מטפלים במרכז טיפולי/לקידום הלמידה, קופ"ח, שפ"ח). זאת על מנת לאפשר טיפול יעיל בבננו/בתנו.

הנני מוותר/ת על סודיות זו כלפי קרני שרם, קלינאית התקשורת, ולא תהיה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות התשמ"א – 1981 והיא חלה על כל מידע רפואי או אחר.

שם ההורה: {parentName}

מס' ת"ז: {parentId}   
חתימת ההורה: {%image}