

**אישור לעריכת אבחון דידקטי – ויתור סודיות.**

**פרטי התלמיד/ה**

משפחה	שם פרטי	ת.ז.

**פרטי ההורה**

משפחה	שם פרטי	ת.ז.	כתובת	טלפון

- אני מסכים/ה ומאפשר/ת כי מאבחנת דידקטית/פסיכולוגית מטעם "מרכז גלאי" אשקלון תערוך אבחון לבני/בתי הנזכר לעיל, וכי התוצאות תשמרנה ותועברנה לפי הצורך ובהתאם להחלטת המאבחן, למוסד בו לומד/ת בני/בתי.
- ידוע לי כי אצטרך להגיע פעם נוספת לקבלת תוצאות האיבחון.
- אני מתחייב למלא את השאלון להורים ולדאוג להחזירו לביה"ס בדחיפות ומאשר העברת מידע מביה"ס למרכז גלאי.
- ידוע לי שבלי קבלת כל המסמכים ב"מרכז גלאי" כנדרש, לא יקבע תור לאיבחון.

\_\_\_\_\_ שמות ההורים:  
 \_\_\_\_\_ חתימת ההורים:

תאריך \_\_\_\_\_