



סימוכין : 36475

# עיריית אריאל

## אגף החינוך

טופס ויתור סודיות

תאריך : \_\_\_\_\_

לכבוד

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

אני החתום מטה אמו/אביו של הילד/ה \_\_\_\_\_

תאריך לידה \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מסכים שתמסרו את כל המידע והמסמכים שבידכם אודות הילד /ה לגורם הבא :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

שם ההורה \_\_\_\_\_

חתימה \_\_\_\_\_

ת.ז. \_\_\_\_\_