

שירותי ייעוץ, הכוונה, אבחון וטיפול בקשיי למידה,  
משבר ומצוקה אצל ילדים ומתבגרים

תאריך: \_\_\_\_\_

טופס ויתור סודיות- סטודנטים

אני: \_\_\_\_\_

מביע את הסכמתי:

א. לבצע אבחון דיסקטי במרכז "פוטנציאל".

ב. לדבר עם אנשי מקצוע נוספים על תוצאות והמלצות האבחון באם יעלה צורך ללוות אותם  
מקצועית לאחר קבלת ממצאי האבחון.

אני הח"מ

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ כתובת \_\_\_\_\_

חתימה

\_\_\_\_\_