

טופס פנייה לטיפול רגשי – תכנית נתיבים להורות יסודי (6-12)

פרטי הילד/ה:

שם הילד/ה: _____

ת"ז: _____

בית ספר וכיתה: _____

ת.ל: _____

שם ממלא הטופס: _____

פרטי הורים:

אמא

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

ת"ז: _____

ת.ל: _____

טל' נייד: _____

מייל: _____

כתובת: _____

אבא

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

ת"ז: _____

ת.ל: _____

טל' נייד: _____

מייל: _____

כתובת: _____

*טיפול קבוצתי (גילאי 8.5-10.5)

*טיפול ילד והורים

הקיפו את סוג המענה המבוקש:

סיבת הפנייה:

גורמים נוספים שטיפול/ מטפלים בילד:

שימו לב!

*התוכנית מחייבת קיום/פתיחת תיק במחלקה לשירותים חברתיים במועצה ועל כן יש למלא את הטפסים המצורפים.

תאריך: _____ שם מלא: _____ חתימה: _____

את הפנייה יש להעביר לאגף ייעוץ וטיפול מ.א גולן במייל: shapah-briut@megolan.org.il
מספר טלפון לבירורים: 04-6969735 שלוחה 3