

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

פרטי הילד/ה: \_\_\_\_\_ שם הילד/ה: \_\_\_\_\_  
 בית ספר: \_\_\_\_\_ ת"ז: \_\_\_\_\_  
 כיתה: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
 מין: \_\_\_\_\_

שם ממלא הטופס: \_\_\_\_\_

\* במידה והורי הילד/ה גרושים יש לצרף טופס הסכמה לטיפול של ההורים  
**פרטי הורים:**

<b>אבא</b>		<b>אמא</b>	
שם משפחה: _____	שם פרטי: _____	שם משפחה: _____	שם פרטי: _____
ת"ז: _____	ת"ז: _____	ת.ל. _____	ת.ל. _____
טל' נייד: _____	טל' נייד: _____	מייל: _____	מייל: _____
מייל: _____	מייל: _____	כתובת: _____	כתובת: _____

הקיפו את סוג המענה המבוקש: \*טיפול ילד והורים \*טיפול קבוצתי (גילאי 8.5-10.5)

**סיבת הפנייה:**

---



---



---



---

**גורמים נוספים שטיפלו/ 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](mailto:shapah-briut@megolan.org.il)  
 מספר טלפון לבירורים: 04-6969735 שלוחה 3