

טופס פנייה לטיפול רגשי – תכנית נתיבים להורות גיל רך (0-6)

פרטי הילד/ה: שם הילד/ה: _____
 ת"ז: _____
 מעון/ גן: _____
 תאריך לידה: _____
 שם ממלא הטופס: _____

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

הקיפו את סוג המענה המבוקש: *טיפול דיאדי(הורה+ ילד) *הדרכת הורים

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: meytar@megolan.org.il
 מספר טלפון לבירורים: 04-6969735 שלוחה 3