



אגף יעוץ וטיפול

תאריך: _____

טופס פנייה ליעוץ / טיפול

פרטי ממלא הטופס

שם + שם משפחה: _____ כתובת: _____ תאריך לידה: _____
תעודת זהות: _____ מקום עבודה: _____ קופת חולים: _____
מצב משפחתי: _____ טלפון נייד: _____ טלפון בבית: _____
כתובת אימייל: _____

פרטי בן/בת זוג של הפונה

שם + שם משפחה: _____ כתובת: _____ תאריך לידה: _____
תעודת זהות: _____ מקום עבודה: _____ קופת חולים: _____
מצב משפחתי: _____ טלפון נייד: _____ טלפון בבית: _____

פרטי הילדים

שמות הילדים	תעודת זהות	מין	תאריך לידה	מסגרת לימודית וכיתה	טופל בעבר
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

עבור מי מיועדת הפנייה?

מה סיבת הפנייה?

גורם מפנה:

עם מי התייעצת / פנית בקשר לקשיים אלו בעבר?

אינפורמציה נוספת הנראית לך חשובה, בעיות בריאות וכו':

נא להעביר אלינו לקראת פגישת האינטייק מידע כתוב רלבנטי: חוות דעת מחנכת, גננת, אבחונים וכו'.
כל טיפול באגף יעוץ וטיפול כרוך בתשלום (פרטים נוספים במזכירות).

כל ביטול מחייב הודעה מראש של לפחות 24 שעות לפני המועד, טיפול שיבוטל באותו יום יחויב בתשלום.

חתימה