

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

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

שם ממלא הטופס: \_\_\_\_\_

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

<u>אבא</u>	<u>אמא</u>
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 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 לברורים: 04-6969735 שלוחה 3