

תאריך מילוי הטופס:

טופס הפניה לקבוצה לפיתוח מיומנויות חברתיות ע"י טיפול באומנויות
(מיועד למילוי ע"י ההורים)

- אנא הקפידו לפרט את כל הסעיפים ולחתום על גבי הטופס.
טופס ללא פרוט וללא חתימות לא יטופל.

שם הילד: _____ תאריך לידה: _____ כיתה: _____
בית ספר: _____ שם המחנכת: _____
מס' טלפון מחנכת: _____ אימייל מחנכת: _____
שם האם: _____ שם האב: _____ טל' הורים: _____
אימייל הורים: _____ מקום מגורים: _____

סיבת ההפניה: _____

תפקוד בתחום הלימודי: _____

תפקוד בתחום החברתי בשעות אחה"צ: _____

תפקוד בתחום ההתנהגותי/רגשי (יכולת הסתגלות, קבלת גבולות וכו'):

נקודות חוזק: _____

אבחונים והערכות: _____

תוצאות האבחונים: _____

האם מטופל תרופתית? _____, סוג התרופה: _____

רקע משפחתי (הרכב המשפחה, גירושים, מחלות, מעברי דירה וכו'):

האם מוכר לרווחה, אם כן מי העו"ס המטפל?

הערות: _____

שם המפנה: _____ חתימת המפנה: _____

שם עו"ס מטפל: _____ טלפון + אימייל: _____

שם פסיכולוג בי"ס: _____ טלפון + אימייל: _____

חתימה עו"ס: _____ חתימת פסיכולוג בי"ס: _____

חתימה אם: _____ חתימה אב: _____