

# המחלקה לשירותים חברתיים

ת.ד. 90000 עפולה 18120 טל. 04-6520066/7 פקד. 04-6520068  
דואר אלקטרוני: revaha@emekyizrael.org.il



## טופס הפניה לקבוצה לפיתוח מיומנויות חברתיות ע"י טיפול באומנויות

(מיועד למילוי ע"י המחנכת)

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

תאריך מילוי הטופס: \_\_\_\_\_

שם הילד: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ישוב מגורים: \_\_\_\_\_

בי"ס: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ פסיכולוג בי"ס: \_\_\_\_\_

מחנכת - שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_ @

אמא - שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_ @

אבא - שם: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_ @

סיבת ההפניה: \_\_\_\_\_

תפקוד בתחום הלימודי: \_\_\_\_\_

תפקוד בתחום החברתי: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

חתימה אם: \_\_\_\_\_ חתימה אב: \_\_\_\_\_