

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: _____

פרטי הורים:

אמא

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

ת"ז: _____

ת.ל. _____

טל' נייד: _____

מייל: _____

כתובת: _____

אבא

שם משפחה: _____

שם פרטי: _____

ת"ז: _____

ת.ל. _____

טל' נייד: _____

מייל: _____

כתובת: _____

הקיפו את סוג המענה המבוקש:

*טיפול דיאדי(הורה+ ילד)

*הדרכת הורים

סיבת הפנייה:

גורמים נוספים שטיפולו/ 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