

מעקב מטופלים בטיפול באמצעות אמנויות

המטפלת: _____ סוג הטיפול: _____ שנת הלימודים: _____

מחנכת / מנהלת גן: _____ יועצת: _____ פסיכולוג/ית: _____

שם התלמיד/ה	תאריך לידה	מסגרת חינוכית	שמות ההורים ומספרי טלפון	מערך הטיפול: פרטני / קבוצתי/אחר	הערות



--	--	--	--	--	--