



## תוכנית טיפול אישית בטיפול באמנויות

תחום הטיפול:

שם התלמיד: \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_

תאריך התחלת טיפול: \_\_\_\_\_ שם המטפל/ת: \_\_\_\_\_

סיבת ההפניה:

איסוף מידע: (רקע משפחתי; רקע התפתחותי ובריאותי רלבנטי; היבטים קוגניטיביים; חברתיים-רגשיים; פיזיים)

התרשמות כללית:

נכונות:

יצירת קשר:

יוזמה:

כושר ריכוז:

כושר התמדה:

שימוש באמצעים אומנותיים:

<u>קשיים</u>	<u>כוחות</u>

מטרות התל"א:

מטרות הטיפול באמנויות:



משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' לחינוך מיוחד

הערות: