

תאריך:.....

## דוח תקופתי/סיכום טיפול פרטני בטיפול באמנויות תשע"

שם התלמיד:..... ז/ב

גיל /תאריך לידה:..... ביה"ס/גן:..... כיתה:.....

תחום טיפול:..... המטפל/ת : .....

תאריך התחלת הטיפול:

סיבת ההפניה:

רקע :

מטרות הטיפול:

מהלך הטיפול :

- נכונות:
- יצירת קשר:
- תכנים או הנושאים המרכזים עליהם עבד המטופל:
- שימוש באמצעים אמנותיים בטיפול:

יוזמה:

כושר ריכוז:

כושר התמדה:

התארגנות:

יכולות מילוליות:

יכולות משחקיות:

אופן פתרון קונפליקטים(פתרון בעיות):

חוקים וכללים בחדר:

קבלת סמכות:

מוקדי כוח ומוקדים לחיזוק:

היבטים אחרים שהמטפל מוצא לנכון:

מ. ת. י. - מרכז תמיכה יישובי כפר-סבא

קשר עם הורים:

סיכום:

שם וחתימת המטפל/ת: