מ. ת. י. - מרכז תמיכה יישובי כפר-סבא

תאריך: _____

תוכנית טיפולית לשנה"ל תשע"ג

שם התלמיד/ה:_____ כתה: _____ ביה"ס/גן : _____

סוג הטיפול: _____ אופן הטיפול: פרטני/ קבוצתי

תאריך תחילת הטיפול: _____ טיפולים נוספים בביה"ס / בגן/במת"י

סיבת ההפניה וקשיים מרכזיים:

נקודות חוזק:

נקודות לחיזוק:

מטרות טיפוליות (מטרות ויעדים):

- -

מחצית - תהליך טיפולי (יצירת קשר עם המטפלת/ עם ילדי הקב'/ שתוף פעולה/יוזמה /מוטיבציה)

חתימת המטפל/ת: _____ **תאריך:** _____

רח' נחשון 14, כפר-סבא, טל' 09-7646587, פקס' 09-7646593, e-mail: mati-ks@ksaba.co.il