



## תוכנית טיפול אישית בטיפול באמנויות

### תחום הטיפול:

שם התלמיד/ה: גיל: כיתה:

תאריך התחלת טיפול: שם המטפל/ת: תאריך תחילת טיפול:

1. סיבת ההפניה:

2. 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>מוקדים לחיזוק/ קשיים</u>	<u>מוקדי כח</u>

3. מטרת הטיפול באומנויות:

4. הערות:



מת"א (מרכז תמיכה יישובי אזורי) רח' אצ"ל פינת לח"י נתניה ת.ד. 2115

מיקוד 42120 מ.ס. 425082

טלפקס: 09-8324451 09-8871994

דואר אלקטרוני: MATINETANYA@012.NET.IL

משרד החינוך  
המנהל הפדגוגי  
אגף א' לחינוך מיוחד