

המכון להתפתחות הילד

פנייה עצמית

שם משפחה _____ שם פרטי _____

תאריך לידה _____ ת.ז. _____

שם האב _____ שם האם _____

כתובת _____ טלפון _____

קופ"ח _____ טל. נוסף _____

ילדים נוספים במשפחה: שם _____ גיל _____

שם _____ גיל _____

שם _____ גיל _____

שם _____ גיל _____

שם _____ גיל _____

שם _____ גיל _____

שם _____ גיל _____

מסגרת חינוכית של הילד (גן, כיתה או מטפל/ת) _____

תאור הבעיה _____

בדיקות קודמות בקשר לבעיה _____

אשפוזים בעבר _____

בעיות נוספות במשפחה _____

האם יש קשר עם גורמים טיפוליים נוספים (איזה) _____

מה אתה מצפה מיחידתנו _____

הערות _____

תאריך _____ חתימה _____