



תאריך _____

בקשת הפניה לאבחון ו/או טיפול

הוראה מתקנת, ריפוי בעיסוק, טיפול בדיבור, טיפול באומנות, טיפול בתנועה,

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מין _____

תאריך לידה: _____ שמות הורים: _____

כתובת: _____ טלפון: _____

ביה"ס: _____ כיתה: _____ שם המורה: _____

טלפון ביה"ס: _____

מופנה לאבחון/טיפול ב: _____

סיבת ההפניה (פרט): _____

שם המפנה: _____ תפקידו: _____ טלפון: _____

הסכמת ההורים: כן/לא _____ חתימת ההורים: _____

