



"שחר מנשה" – שפה חשיבה רגש מוטוריקה התפתחות

טיפול התפתחותי רב תחומי לילדים בגילאי הגן ובית-הספר

מס' פקס – 04-6177354

הסכמה לטיפול

אני מסכים לטיפול בריפוי בעיסוק/ריפוי בדיבור/ טיפול פסיכולוגי/אבחון פסיכו-דידקטי/
טיפול במוסיקה/טיפול באמנות/הוראה מתקנת, לבני / בתי במרכז הטיפולי שחר מנשה.

שם הילד: _____ תאריך לידה של הילד: ____/____/____

תעודת זהות של הילד: ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____

• עבור טיפול במרכז הטיפולי, עלי לשלם למועצה האזורית מנשה סך של: _____ ש"ח
לכל שעה טיפולית, או שעה של ריאיון/ הדרכת הורים. התשלום יועבר בסוף כל
חודש, לפי מספר הפגישות, למזכירת המרכז הטיפולי.

• יש ליידע את המטפל על ביטול פגישה, לפחות 24 שעות מראש. הודעה של פחות
מ – 24 שעות מראש, תחייב כטיפול מלא.

לתשומת ליבכם:

ביטולים של הרגע האחרון (הנובעים משכחת הפגישה/בעיות התארגנות)
הקורים יותר משלוש פעמים במהלך השנה, יובילו להפסקת הטיפול.

תאריך: _____ שם ההורה: _____ חתימת ההורים: _____

אום אל קוטוף • אלוני יצחק • אל עריאן • ברקאי • גן השומרון • גן שמואל • כפר גליקסון • כפר פינס • להבות חביבה • מאור • מגל •
מי עמי • מייסר • מצפה אילן • מצר • מענית • משמרות • עין עירון • עין שמר • קציר • רגבים • שדה יצחק • שער מנשה • תלמי אלעזר