



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il חוזה טיפולי לקבוצת הכנה לבית הספר :

- קבוצת ההכנה לבית הספר מתאימה לילדים אשר:
 1. יש להם המלצה של מרפאה בעיסוק ו/או קלינאית תקשורת.
 2. המלצה של צוות הגן לחיזוק מיומנויות שונות לקראת העליה לבית הספר.
- הקבוצה מתחילה מיד לאחר חג הפסח ל 10 מפגשים עם הילד/ה ושני מפגשים עם ההורים. מפגש אחד יתקיים לכלל ההורים ובו יינתנו הסברים על תכני הקבוצה ומפגש עם המנחות. מפגש שני ופרטני עם ההורים יערך במהלך התהליך או בסופו.
- הטיפולים יינתנו באופן קבוצתי (עד 8 משתתפים בקבוצה) בהנחיית מרפאה בעיסוק וקלינאית תקשורת.
- הקבוצה מתקיימת אחת לשבוע ביום ובשעה שנקבעו מראש ולמשך 60 דקות.
- במקרה של שינוי יום (בעקבות חגים או ימים טובים) יודיעו מראש על תאריך חלופי.
- חשוב לשמור על הגעה בזמן שנקבע ועל רצף בהגעה לשם השגת יעדי הקבוצה.
- הגעת הילד לטיפול בזמן והחזרתו הביתה בסיום הקבוצה הינה באחריות ההורים בלבד!
- הטיפולים מתבצעים בתוך המרכז הטיפולי מפת"ח (קרני /קדומים).
- באחריות ההורים להיות בקשר רצוף עם המטפל ולהגיע למפגשי ההדרכה בתאום עם המטפל.
- הקבוצה אינה טיפול פרטני. במידה ויש צורך בהתייחסות טיפולית פרטנית יש לפנות בדרכים המקובלות.

- התשלום הינו עבור כל הפגישות מראש, במידה וילד יעדר מפגישה, לא יוחזר התשלום.
- תשלום עבור הקבוצה:
 - 80 ₪ לפגישה סך הכל 960 ₪ לכל התהליך הקבוצתי.
- דרישה להחזרים מקופות החולים עבור טיפולים תיעשה על ידי ההורים בלבד ובאחריותם.
- לצורך הבטחת מקום בקבוצה יש לשלוח למשרד מפת"ח בקרני שומרון עד 3/3/16:
 1. שאלון הורים שיש להוריד מאתר האינטרנט או לקבל מהגנת
 2. לשלוח אבחון עדכני של ריפוי בעיסוק ו/או קלינאית תקשורת.
 3. להסדיר אמצעי תשלום: הוראת קבע או צ'קים.

יעל פוגל, מנהלת מפת"ח והצוות.

בהצלחה!

הריני מתחייב/ת כי קראתי בעיון את החוזה ואני מסכים/מסכימה לנאמר בו:

שם האב: _____ חתימה: _____ שם האם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il
פרטים עבור קבוצת הכנה לבית הספר

תאריך מילוי השאלון: _____
שם הילד/ה: _____ שם משפחה: _____ ת.ז. _____
תאריך לידה (לועזי): _____ גיל: _____ מקום הילד במשפחה: _____ (מתוך _____ ילדים)
קופת חולים: _____ האם יש אישור של קופ"ח להשתתפות בקבוצה: _____
כתובת בית (מלאה): _____ טל' בית: _____
דוא"ל: _____

חובה לצרף
עותק של
אבחונים
שנערכו בעבר
או של סיכומי
טיפול
רלוונטיים או
סיכום איתור
טף .

שם האב: _____ נייד: _____ שם האם: _____ נייד: _____
שם הגן _____ שם הגננת: _____ טלפון: _____
סיבת הפניה לקבוצה: _____
האם טופל/ה בעבר או מטופל/ת כיום, באיזה תחום? _____

באיזו מסגרת? _____ מתי? _____ שם המטפל/ת: _____
האם עבר איתור טף במסגרת הגן? _____ באיזה שנה? _____ באיזה גן? _____
האם עבר/ה אבחון כלשהו בעבר: _____ מתי ובאיזו מסגרת: _____
גורמים המאפשרים את תפקודו של הילד (עוצמות):

גורמים המעכבים את תפקודו של הילד (חולשות/קשיים):

האם לילד/ה יש הרגלים או התנהגויות הראויות לציון: _____

מהן הציפיות שלכם מהקבוצה: _____



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

הקיפו את טווח השעות המתאים עבורכם: 8:00-12:00, 13:00-16:00, 16:00-19:00

הקיפו את ימי השבוע המתאימים עבורכם: א, ב, ג, ד, ה, ו

הקיפו מקום מועדף לקבוצה: קרני שומרון / קדומים

אנו נשתדל להתחשב בהעדפות, אך אין זו הבטחה.

הרשמה עד ה 3/3/2016.

הערות נוספות:

שם ממלא השאלון: _____ חתימה: _____

הסכמה לטיפול במרכז הטיפולי מפת"ח

אנו הורי הילד/ה _____ מאשרים לצוות הטיפולי במפת"ח

לטפל בילד/ה, למסור ולקבל מידע מהגננת לצורך קידום העבודה הקבוצתית עם הילד/ה.

בחתימתנו להלן יש לראות ויתור על סודיות לצרכים הטיפוליים בלבד ולקידום הטיפול של ילדי.

הערות: _____

שם האם: _____ חתימה: _____

שם האב: _____ חתימה: _____

תאריך: _____



מחלקת חינוך

מפת"ח - מרכז טיפולי קהילתי - המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

להורים: נא סמן/ני את רמת התפקוד של ילדך בתחומים שלהלן:

הערות	תפקוד גרוע	תפקוד לא טוב	תפקוד טוב	תפקוד טוב מאוד	
					אכילה
					לבוש
					רחצה/מקלחת
					משחקי כדור/בילוי בגן שעשועים
					משחקי קופסא/הרכבה
					פעילויות יצירה (ציור, גזירה, הדבקה)
					מעסיק את עצמו לבד
					יוצר קשרים באופן עצמאי, ללא עזרה של מבוגר
					משחק עם חברים בגן
					משחק עם חברים בבית
					הסתגלות לשינויים בשגרה/מעברים
					יכולת להתמקד בפעילות לאורך זמן
					יכולת קבלת גבולות/סמכות/חוקים של מסגרת או משחק
					יכולת להתבטא בצורה ברורה מבחינה מילולית
					הבנת הוראות פשוטות ומורכבות
					זיכרון
					יכולת למידה
					מקשיב לסיפורים
					מספר חוויות מהגן

הערות נוספות (ניתוח כפתורים, טיפולים שונים שקיבל בעבר, אירועים משמעותיים שעשויים להשפיע על התפקוד):



מחלקת חינוך

מפת"ח – מרכז טיפולי קהילתי – המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

לגננת: נא סמן/ני את רמת התפקוד של הילד _____ בתחומים שלהלן:

הערות	תפקוד גרוע	תפקוד לא טוב	תפקוד טוב	תפקוד טוב מאוד	
					אכילה
					לבוש
					היגיינה אישית
					משחקי כדור/בילוי בגן שעשועים
					משחקי קופסא/הרכבה
					פעילויות יצירה (ציור, גזירה, הדבקה)
					מעסיק את עצמו לבד
					יוצר קשרים באופן עצמאי, ללא עזרה של מבוגר
					משחק עם חברים בגן
					משתתף בפעילות קבוצתית
					הסתגלות לשינויים בשגרה/מעברים
					יכולת להתמקד בפעילות לאורך זמן
					יכולת קבלת גבולות/סמכות/חוקים של מסגרת או משחק
					יכולת להתבטא בצורה ברורה מבחינה מילולית
					הבנת הוראות פשוטות ומורכבות
					זיכרון
					יכולת למידה
					מקשיב לסיפורים
					מספר חוויות מהבית

הערות נוספות (ניתוח כפתורים, טיפולים שונים שקיבל בעבר, אירועים משמעותיים שעשויים להשפיע על התפקוד):



מחלקת חינוך

מפת"ח - מרכז טיפולי קהילתי - המועצה המקומית קרני שומרון
הברוש 30 - קרני שומרון 44853 טלפון 09-7929980 פקס : 09-7929982 mtc@zahav.net.il

אנחנו איתם!
להתאים את הבנק והחשבון שלך, אנחנו

הוראה לחיוב חשבון

קוד מסלוקה		סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק	סניף		
קוד המוסד		אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח	
			29919

לכבוד

בנק:

סניף:

כתובת הסניף:

1. אני והח"מ

שם בעל/י החשבון כמופיע בספרי הבנק מספר ת.זהות/ח.פ.

כתובת ומס' בית עיר/ישוב מיקוד טלפון

נותנים לכם בזה הוראה לחייב את חשבוננו הנ"ל בסניפיכם בגין פעילות חוגית/חוגי המתג"ס

בסכומים ובמועדים שיומצאו לכם מדי פעם בפעם באמצעי מגנטי או רשימות ע"י מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח כמפורט מטה בפרטי הרשאה

2. ידוע לילנו כי:

- הוראה זו ניתנת לביטול ע"י הודעה ממני/מאתנו בכתב לבנק ול מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח שתכנס לתוקף זום עסקים אחד לאחר מתן ההודעה בבנק וכן ניתנת לביטול עפ"י הוראת כל דין.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל מראש חיוב מסויים ובלבד שהודעה על כך תמסר על ידינו לבנק בכתב לפחות זום עסקים אחד לפני מועד החיוב.
- אחיה/נהיה רשאים לבטל חיוב לא יותר מתשעים ימים ממועד החיוב אם אוכיח/טכיה לבנק כי החיוב אינו תואם את המועדים או הסכומים שנקבעו בכתב הרשאה אם נקבעו.
- ידוע לילנו כי הפרטים שצויינו בכתב הרשאה ומילויים הם נושאים שעלי/לנו להסדיר עם המוטב.
- ידוע לילנו כי סכומי החיוב עפ"י הרשאה זו יופיעו בדפי החשבון וכי לא תישלח לילנו ע"י הבנק הודעה מיוחדת בגין חיובים אלה.
- הבנק יפעל בהתאם להוראות בכתב הרשאה זה כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת וכל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען.
- הבנק רשאי להוציא/ינו מן ההסדר המפורט בכתב הרשאה זה אם תהיה לו סיבה סבירה לכך ויודיע לילנו על כך מיד לאחר קבלת החלטתו תוך ציון הסיבה.
- נא לאשר ל מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח בספח המחובר לזה קבלת הוראות אלו ממני/מאתנו.

פרטי הרשאה

- סכום החיוב ומועדו יקבעו מעת לעת ע"י מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח עפ"י העקרונות לקביעתם: כתב התחייבות.
- ידוע לילנו כי התחייבות זו היא רב שנתית ולא יהיה צורך בחתימתי על כתב הרשאה זה בעתיד.

חתימת בעל/י החשבון

אישור הבנק

קוד מסלוקה		סוג חשבון	מספר חשבון בבנק
בנק	סניף		
קוד המוסד		אסמכתא/מספר מזהה של הלקוח	
			29919

לכבוד

מועצה מקומית קרני שומרון- מפת"ח

שם המוטב

ר"ח הברוש 30

כתובת

גינות שומרון

עיר/ישוב

קבלנו הוראות מ _____ לכבוד חיובים בסכומים ובמועדים שיופיעו באמצעי מגנטי או ברשימות שתציגו לנו מדי פעם בפעם ואשר מספר חשבוננו/ם בבנק יהיה נקוב בהם והכל בהתאם למפורט בכתב הרשאה. רשמנו לפנינו את ההוראות ונפעל בהתאם כל עוד מצב החשבון יאפשר זאת כל עוד לא תהיה מניעה חוקית או אחרת לביצוען, כל עוד לא התקבלה אצלנו הוראת ביטול בכתב די על ידי בעל/י החשבון, או כל עוד לא הוצא/י בעל/י החשבון מן ההסדר. אישור זה לא יפגע בהתחייבותכם כלפינו לפי כתב השיפוי שנחתם על דכם.

בכבוד רב, בנק:

תאריך

סניף:

אזי צבוק אלקריים

מפת"ח - מרכז פיתוח תמיכה חינוכית

רח' הברוש 30, גינות שומרון 44853 טלפון: 09-7929980 פקס: 09-7929982

mtc@karneishomron.co.il

