



## הפנייה להשתתפות בחוגי ספורט טיפוליים מסלול- מרכז הספורט הטיפולי לילדים ונוער בבי"ח אלי"ן

תאריך: \_\_\_\_\_

למילוי על-ידי ההורה (כל הפרטים חובה)-

שם משפחה: _____	שם פרטי: _____
תאריך לידה: _____	מס' תעודת זהות: _____
קופ"ח: _____	
שם האם: _____	נייד אם: _____
שם האב: _____	נייד אב: _____
כתובת מגורים: _____	טל' בית: _____

### לכבוד הנהלת מסלול-

הנ"ל מופנה אליכם להשתתפות בפעילויות הספורט הטיפולי.  
לא ידועה לי כל מניעה רפואית להשתתפות בפעילות גופנית.  
הנ"ל נוטלת תרופות באופן קבוע - כן / לא. פרט: \_\_\_\_\_

מהיכרותי עם הנ"ל, מומלצת ההשתתפות בחוגי ספורט טיפוליים בגין (סמנ"י X במקום המתאים):

<input type="checkbox"/>	ליקוי התפתחותי בתקשורת (PDD)
<input type="checkbox"/>	שיתוק מוחי (CP)
<input type="checkbox"/>	המיפרזיס
<input type="checkbox"/>	פגיעת ראש (TBI)
<input type="checkbox"/>	פגיעת חוט שדרה
<input type="checkbox"/>	פיגור שכלי
<input type="checkbox"/>	אחר _____

<input type="checkbox"/>	חולשה בחגורת כתפיים
<input type="checkbox"/>	טונוס שרירים נמוך
<input type="checkbox"/>	ליקוי בקואורדינציה (DCD)
<input type="checkbox"/>	ליקוי בשיווי משקל
<input type="checkbox"/>	ליקוי בקשב ובריכוז
<input type="checkbox"/>	היפראקטיביות
<input type="checkbox"/>	רגישות תחושתית
<input type="checkbox"/>	ליקוי בויסות חושי
<input type="checkbox"/>	ליקוי למידה
<input type="checkbox"/>	עודף משקל
<input type="checkbox"/>	אחר _____

הערות נוספות - \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

חתימה וחותמת הגורם הטיפולי/רפואי

\_\_\_\_\_

שם הגורם המטפל

\_\_\_\_\_

מסלול- מרכז ספורט טיפולי לילדים ונוער ע"ש דייגא ופאלא וויינשטוק

בית חולים אלי"ן | רח' שמריהו לוין 84 קריית היובל ירושלים 91910 | טלפון: 02-6494353 | פקס: 02-6494802

maslul@alyn.org www.maslulalyn.org.il