



מרכז ספורט
טיפולי לילדים
באלי"ן

גיליון הכרות- מסלול טופס א'

תאריך: _____

הורית ומתאמנת שלום רב!

ברוכים הבאים למסלול - מרכז הספורט הטיפולי באלי"ן. נשמח אם תצנו על מספר שאות
בטרת תתנסו בחוטי מסלול.

שם משפחה:	שם הילד/ה:	מין: ז / נ ת.ז:
תאריך לידה:	כתובת:	דוא"ל:
שם ההורים:	טלפון בבית:	נייד 1: _____ נייד 2: _____
שם הגן/ ביה"ס בו לומד/ת הילד/ה:	גורם מפנה:	

בידי המלצה לספורט טיפולי מגורם רפואי או פרא רפואי כלשהו נכון / לא נכון (אם עניתם נכון יש לצרף).

האם ילדכם עבר אבחון של פיזיותרפיסט, מרפאה בעיסוק או תקשורת? כן / לא. אם כן -
היכן? _____ (במידה שיש הפניה רפואית של גורם מפנה יש לצרפה לגיליון).

האם ילדכם מקבל טיפולים פרא רפואיים? (כגון: פיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק, קלינאות תקשורת ועוד)
כן / לא. אם כן - היכן? _____

האם לילדכם יש קושי בביצוע פעילות גופנית? כן / לא. באופן חלקי _____

האם ילדכם משתתף בשיעורי חינוך גופני בביה"ס? כן / לא / באופן חלקי _____

האם ילדכם משתתף בפעילויות חצר במסגרת החינוכית בה הוא לומד? כן / לא / באופן חלקי _____

האם ילדכם השתתף בחוגי מסלול בשנים קודמות? כן / לא / אם כן באילו חוגים? _____

מהי המטרה העיקרית לשמה אתם פונים לחוגי מסלול? _____

כיצד שמעתם עלינו? (הקף בעיגול) אינטרנט, חברים, מסגרת חינוכית, פרסום, קופת חולים,
אחר _____

תודה על שיתוף הפעולה,

13 מסלול !!!