|  |
| --- |
|  |
|  |  |  |  |  | תאריך: לחץ כאן להזנת טקסט. |
|  |  | **טופס פרטים אישיים** |  |  |
| שם פרטי: | לחץ כאן להזנת טקסט. | שם משפחה: | לחץ כאן להזנת טקסט. | **ת.ז. (חובה):** | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| ת. לידה: | לחץ כאן להזנת טקסט. | ארץ לידה: | לחץ כאן להזנת טקסט. | שנת עליה: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| מין: | בחר פריט. | מצב משפחתי: | בחר פריט. | מס' ילדים: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| כתובת: | לחץ כאן להזנת טקסט. | **טל' נייד (חובה):** | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| **דוא"ל (חובה):** | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| תעסוקת האב: | לחץ כאן להזנת טקסט. | מקום מגורים: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| תעסוקת האם: | לחץ כאן להזנת טקסט. | מקום מגורים: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| האם ההורים נשואים: | בחר פריט. | מס' ילדים במשפחת המוצא: | . | מקומך בין האחים: | . |
| לימודים תיכוניים: | בחר פריט. | מגמה: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| שירות צבאי: | בחר פריט. | פרט/י: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| סטודנט  | בחר פריט. | פרט/י: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| לימודים לתואר: | לחץ כאן להזנת טקסט. | לימודי תעודה: | לחץ כאן להזנת טקסט. | פקולטה: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| חוגים: לחץ כאן להזנת טקסט. | שנת לימוד: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| שפות: | לחץ כאן להזנת טקסט. | חבר בקופת חולים: | בחר פריט. | איזו: לחץ כאן להזנת טקסט. |
| מצב כלכלי:בחר פריט. | אחר: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| עובד בנוסף ללימודים: בחר פריט. | בתפקיד: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| קיימת לקות למידה: | בחר פריט. | האם אובחנה לקות למידה ע"י גורם מקצועי: | בחר פריט. | ע"י: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
| האם היית או הנך כרגע בטיפול פסיכולוגי/פסיכיאטרי |  |
| פרט: { מתי (שנה), משך טיפול, שיטת הטיפול, מסגרת הטיפול (פרטית/ציבורית} |
| לחץ כאן להזנת טקסט. |
| **איש קשר (למקרה חירום). (חובה) שם:** | לחץ כאן להזנת טקסט. | קרבה: | לחץ כאן להזנת טקסט. | טלפון: | לחץ כאן להזנת טקסט. |
|  |
| **לשימוש המשרד:** |
| הופנה/תה ל: |  | בתאריך: |
| התחייבות מ: |
| אישור ל- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | פגישות, בהשתתפות עצמית של הסטודנט, בסך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ₪ לכל פגישה |
| הערות: |
|  |
|  |