|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | 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: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |