

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



טופס הפנייה לטיפול במרכז יעוץ לנוער

שם ותפקיד המפנה	גורם מפנה
טלפון וגורם מפנה	תאריך הפניה
מייל	פקס

פרטים אישיים אודות הנער/ה:

שם פרטי	שם פרטי
שם משפחה	שם משפחה
תאריך לידה	תאריך לידה
מס' ת.ז.	מס' ת.ז.
כתובת	כתובת
אזור	אזור
טלפון בית	טלפון בית
נייד הנער	נייד הנער
מסגרת יס/אין/	מסגרת יס/אין/
עבודה	עבודה

מסגרות לימודיות קודמות:

יסודי
תיכון

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



הרכב משפחתי:

יחסים במשפחה:

תפקוד לימודי: (נוכחות, השקעה בלימודים, הישגים האם קיימות לקויות למידה)

תפקוד התנהגותי חברתי

תאור של הקשר עם הנער: (עם צוות ביה"ס, מורה, הנהלה, יועצת, פסיכולוג) האם נערכו פעולות מיוחדות? (ישיבות לגבי הנער/ה הפניות)

מידע לגבי תפקוד אחה"צ ובבית (אם יש, כולל תחביבים ותחומי עניין))

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



האם יש אבחונים: דידקטי / פסיכו דידיקטי / פסיכו דיאגנוסטי/הערכה פסיכיאטרית. (יש לצרף)

- האם נוטל טיפול תרופתי? איזה? _____
- האם נתקיימה ועדת השמה / החלטה / אחר. (יש לצרף) _____

האם ידוע על שימוש בסמים ואלכוהול (כולל ניסיונות): כן / לא.
אם כן פרט אילו סוגי חומרים _____

גיל תחילת השימוש _____ תדירות השימוש _____
האם ידוע או קיים חשד להתמכרות /שימוש לרעה בתחומים נוספים (מסכים, משחקים קניות ועוד') כן/לא, אם כן למה ואם ידוע תדירות העיסוק _____

מעורבות בפלילים: כן/לא, אם כן באילו אישומים-
: _____

קשר עם גורמים נוספים בקהילה בנוגע לנערה/ה (משטרה, ש.מ., שפ"ח, ביקור סדיר, לשכת הרווחה (כולל מיר"ן), מעורבות עו"ס לחו"נ, כל גורם אחר)
נא לפרט היכן ומה נעשה:

סיבת ההפניה _____

מטרות ההפניה _____

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



הכנת הנער/ה להפניה והסכמתו

הסכמת הורים לטיפול: חתימת האב _____ חתימת האם _____

חתימת העובד _____ חתימת
המנהל _____

**** נא לצרף צילום ת.ז. של אחד ההורים ****
**** נא לצרף אבחונים ודו"חות רלוונטים ****
**** עם קבלת המקרה לטיפולנו/לאבחוננו תקבע**
פגישת הכרות עם הגורם המפנה והמשפחה **