החברה הפסיכואנליטית

מרכז הלימודים

**טופס הרשמה לתוכנית ללימודים חד שנתית למטפלים מנוסים בילדים**

**תאריך**

# פרטים אישיים

**שם משפחה שם פרטי**

ת.ז. כתובת מיקוד

**טלפון**

**כתובת א-מייל**

**תואר במקצוע**

**גיל תאריך לידה ארץ לידה**

**תאריך עליה לארץ**

**מצב משפחתי**

**ילדים (מספר, מין וגיל)**

# פרטים על השכלה פורמלית, הסמכה ודרישות נוספות

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **תאריך**  **קבלת התואר** | **תחילת וסיום**  **הלימודים**  **(חודש ושנה(** | **שם מוסד הלימודים** | **תואר** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

א. לפסיכיאטרים

**תאריך התחלת התמחות סיום שלב ב'**

**קבלת תואר מומחה**

ב. לפסיכולוגים תאריך סיום התמחות ג. לעובדים סוציאליים

**תאריך סיום תואר שני במגמה קלינית**

ד. למטפלים באמנות

**תאריך סיום הלימודים בתחום**

# פרטים על השתלמויות מקצועיות רלבנטיות )בבית-ספר

**לפסיכותרפיה, במסגרת עבודה ובמסגרות אחרות(**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם המנחה** | **נושא** | **מסגרת** | **תאריכי**  **התחלה וסיום**  **)חודש ושנה)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# פרטים על טיפולים שעברת

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **תדירות** | **סוג הטיפול** | **תאריכי התחלה וסיום**  **(חודש ושנה)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**פירוט הניסיון בעבודה:**

כל מקומות העבודה הקלינית ב7- השנים האחרונות, תחת הדרכה דינאמית

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **היקף העבודה** | **שם המוסד והמחלקה** | **תפקיד** | **תאריכי התחלה וסיום**  **(חודש ושנה)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# פרטים על ההדרכות ב- 7 השנים האחרונות (פרטניות

**וקבוצתיות, במקומות העבודה ובקליניקה הפרטית)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם המדריך \*** | **מסגרת** | **סוג:**  **אישית/ קבוצתית** | **תדירות** | **תאריכי התחלה**  **וסיום**  **(חודש ושנה)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

נא לצרף רשימה של כל המדריכים, כולל כתובת, מס' טלפון וכתובת דוא"ל עדכניים.

ועדת הקבלה תפנה לחלק מהמדריכים עפ"י שיקול דעתה, כדי לקבל חו"ד נוספת.

# פרטים על העבודה הטיפולית

**מספר השעות הטיפוליות השבועיות שאת/ה מטפל/ת**

**כמה מתוכן הן שעות טיפול במבוגרים?**

כמה מתוכן הן שעות טיפול בילדים?

טווח גילאי הילדים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כמה מהטיפולים שלך הינם טיפולים אינטנסיביים שנערכים פעמיים בשבוע או

**יותר?**

הינך מתבקש \ת לתאר דילמה בה נתקלת והעסיקה אותך בעבודתך כמטפל/ת בילדים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ציין.י כוחות מקדמים מעכבים בעבודתך עם ילדים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

הערות

אישור פניה למדריכים

אני מרשה לוועדת הקבלה של התוכנית לפנות למדריכים שאת שמותיהם מסרתי

לעיל, לצורך קבלת חוות דעת, לפי שיקוליה.

**חתימה**