

החברה הפסיכואנליטית

מרכז הלימודים

טופס הרשמה לתלמיד/ה ותיק/ה

בתוכנית למטפלים מנוסים בילדים

**תאריך**

# פרטים אישיים:

שם משפחה שם פרטי

ת.ז כתובת

טלפון כתובת מייל

תואר במקצוע גיל

תאריך לידה ארץ לידה   תאריך עליה לארץ

מצב משפחתי ילדים (מספר, מין וגיל(

# פרטים על העבודה הטיפולית :

מספר השעות הטיפוליות שאת/ה מטפל /ת

כמה מתוכן שעות טיפול בילדים ?

מה טווח גילאי הילדים?

כמה מהטיפולים שלך הינם טיפולים אינטנסיביים שנערכים פעמיים בשבוע או יותר ?

חתימה