

הורי התלמיד/ה

א.ג.נ

הורים יקרים:

ברוכים הבאים **למשכ"ל – מרכז שיפור כישורי למידה**. צוות **משכ"ל** ואנוכי שמחים לקבל את פניכם ולעמוד לשרותכם. הפעילות **במשכ"ל** מגוונת ומעניקה מענה מקצועי לצרכים ההתפתחותיים של הילד והמשפחה, במטרה לחזק ולסייע בהתמודדות עם האתגרים ההתפתחותיים העומדים בפני הילד. התמיכה של **משכ"ל** הינה הוליסטית, חוצה גבולות ונכללים בה פגישות רב תחומיות עם הגורמים המשמעותיים לקידום הילד והמשפחה. כמו כן, במהלך ההתקשרות וללא תשלום ניתן לקבוע יעוץ, הכוון/הערכה עם מנהלת המרכז. המרכז מציע מגוון תמיכות על מנת להבטיח את הצלחת הילד והמשפחה. שיתוף הפעולה בינינו יקדם את השגת המטרות והיעדים שיוצבו בתכנית הטיפולית.

"כל ילד צריך מבוגר אחד שיאמין בו" – במשכ"ל מאמינים בילד שלך!

החזרים מקופות החולים: חשוב לציין – בסל הבריאות נכללים טיפולים התפתחותיים לילדים עד גיל 6, הזכאות להחזרים ביוזמה ובאחריות ההורים בלבד. שמרו על הקבלות הניתנות ע"י המטפל.

תשלומים: התשלום יבוצע ישירות למטפל/ת בתיאום עמו טרם תחילת הטיפול. המטפל יספק קבלות עבור כל תשלום, המרכז שומר לעצמו את זכות הפסקת הטיפול במקרים של היעדרויות מרובות, איחורים או חוסר התאמה.

עלויות:

- פגישות הכוון, הערכה ויעוץ עם מנהלת המרכז, ללא תשלום.
- טיפול פסיכולוגי, רגשי ופרא-רפואי (תרפיות, אימון אישי, הדרכת הורים) מחיר יחידת טיפול פרטנית 240 ש"ח, אורך המפגשים 45'.
- הוראה מקדמת (מתמטיקה, חשבון, קריאה, שפה, אנגלית, מחשבים ואסטרטגיות למידה) מחיר שיעור פרטני 150 ש"ח, אורך המפגשים 45'.
- יחידה דיאגנוסטית: אבחון פסיכודידקטי, אבחון דידקטי, אבחון ריפוי בעיסוק וקלינאית תקשורת לברר במשכ"ל.

"כל ילד צריך מבוגר אחד שיאמין בו" – במשכ"ל מאמינים בילד שלך.

להלן נוהלי המרכז :

1. הטיפול יתקיים ביום ושעה קבועים לפי המערכת המצורפת.
2. חובה להגיע לטיפולים בשעה המדויקת, איחור/ביטול ללא הודעה יחוייב. הפסקת הטיפולים רק בסוף המחצית.
3. חובה להגיע לטיפולים בעקביות, היעדרויות חוזרות מעכבות את ההתקדמות בטיפול ופוגעות ביעילותו.
4. היעדרות מטיפול ללא הודעה תחויב בתשלום.
5. פעילות משכ"ל צמודה ברובה ללוח חופשות מערכת החינוך, עם זאת בימי השבתת מערכת החינוך, משכ"ל פועל כרגיל.

לרשותכם, מזכירות משכ"ל : דלית נמצאת במשך כל השבוע, בימי א' – ה' בין השעות : 8:00 עד 16:30.

דואר אלקטרוני : **miskal1882@gmail.com** :

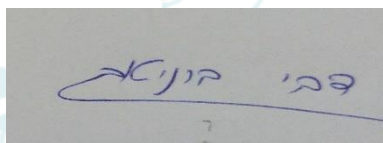
טלפונים

להתקשרות : **04 6397803**

שעות פעילות המרכז : ימי א' – ה' : **8:00 - 20:00**

חתימת ההורה

שנת לימודים פורייה ומוצלחת להורים ולתלמידים



דבי בוניטוב

דבי בוניטוב

מנהלת משכ"ל וצרכים מיוחדים ביישוב

"כל ילד צריך מבוגר אחד שיאמין בו" - במשכ"ל מאמינים בילד שלך.

מועצה מקומית זכרון יעקב, מחלקת החינוך ת.ד 10 מיקוד 3095001

הרצל 40 זכרון יעקב, טלפון 04-6397803, פקס: 04-6291357

פיסבוק: משכ"ל - מרכז שיפוד למידה www.zy1882.co.il miskal1882@gmail.com

שאלון רישום לקבלת טיפולים במשכ"ל

תאריך מילוי השאלון: שם הילד/ה: שם משפחה:

תאריך לידה (לועזי): גיל: בן/בת

מס' ת.ז.:

קופת חולים: אישור מקופת חולים: כן/לא.

כתובת מגורים: טל' בית:

דוא"ל:

שם האב: עיסוק: נייד:

שם האם: עיסוק: נייד:

מצב משפחתי:

מספר ילדים במשפחה: מיקום הילד במשפחה:

שם הגן/בית הספר: שם הגננת/מורה:

לאיזה תחום טיפולי הופנה: (הקף בעיגול, ניתן להקיף מספר תחומים)

ריפוי בעיסוק/ קלינאית תקשורת/ טיפול רגשי/ הדרכת הורים/ טיפול קבוצתי/ הוראה מתקנת-
חשבון/קריאה

אחר:

גורם מפנה:

סיבת ההפניה:

מתי החל הקושי?

האם טופל בעבר או מטופל כיום? באיזה תחום?

באיזו מסגרת: מתי? שם המטפל:

האם המשפחה מטופלת או טופלה ברווחה? שם העו"ס:

האם עבר אבחון כלשהו בעבר: מתי ובאיזו מסגרת.

ימים ושעות טיפול מועדפים:

"כל ילד צריך מבוגר אחד שיאמין בו" - במשכ"ל מאמינים בילד שלך.

הסכמה לקבלת טיפול במשכ"ל

אנו הורי הילד/ה _____ מאשרים לצוות הטיפולי במשכ"ל
לטפל בילד/ה, למסור ולקבל מידע מ/ל צוות חינוכי טיפולי בגן או בבית הספר וגורמים
טיפוליים אחרים כמו: שרות פסיכולוגי, רווחה, מתי"א, קופ"ח, מטפל פרטי ועוד.
בחתימתנו להלן יש לראות ויתור על סודיות לצרכים הטיפוליים בלבד ולקידום הטיפול של
ילדי.
הערות:

שם האם: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

שם האב: _____ חתימה: _____ תאריך: _____

לצרף את כל האבחונים שנערכו וסיכומי טיפול.

"כל ילד צריך מבוגר אחד שיאמין בו" - במשכ"ל מאמינים בילד שלך.

מועצה מקומית זכרון יעקב, מחלקת החינוך ת.ד. 10 מיקוד 3095001

הרצל 40 זכרון יעקב, טלפון 04-6397803, פקס: 04-6291357

פיסבוק: משכל - מרכז שיפודי למידה www.zy1882.co.il miskal1882@gmail.com

כתב ויתור על סודיות רפואית

לכבוד

משכ"ל

א.ג.נ.

אנחנו החתומים מטה, ההורים של התלמיד/דה _____ שמש' ת"ז שלה : _____ ,
נותנים רשות למשכ"ל או לעובדיכם ו/או לכל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם למסור את כל הפרטים,
ללא יוצא מן הכלל, על מצב הרגשי, לימודי, בריאותי ומשפחתי, של בני/בתי. לרבות מידע על טיפולים
פסיכיאטריים, נפשיים או אבחונים אחרים אופן שיידרש על ידי המבקש
אנחנו משחררים אתכם ו/או את עובדיכם ו/או את כל מי שפועל מטעמכם או בשליחותכם מחובת שמירה על
סודיות בכל הנוגע למצב של בני/בתי. אנו מוותרים על סודיות זו כלפי המבקש, ולא תהיה אליכם כל טענה או
תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה לעניין
סודיות רפואית ו/או כל דין אחר פרטי ההורים ימולא על ידם :

האב:

שם משפחה : _____ שם פרטי : _____ ת"ז : _____ כתובת : _____
עיר : _____ מיקוד : _____
תאריך : _____ חתימה : _____

האם:

שם משפחה : _____ שם פרטי : _____ ת"ז : _____ כתובת : _____
עיר : _____ מיקוד : _____
תאריך : _____ חתימה : _____

"כל ילד צריך מבוגר אחד שיאמין בו" - במשכ"ל מאמינים בילד שלך.

מועצה מקומית זכרון יעקב, מחלקת החינוך ת.ד 10 מיקוד 3095001

הרצל 40 זכרון יעקב, טלפון 04-6397803, פקס: 04-6291357

פיסבוק: משכל - מרכז שיפורי למידה www.zy1882.co.il miskal1882@gmail.com



מאגזין זכרון יעקב



"כל ילד צריך מבוגר אחד שיאמין בו" - במשכ"ל מאמינים בילד שלך.

מועצה מקומית זכרון יעקב, מחלקת החינוך ת.ד. 10 מיקוד 3095001

הרצל 40 זכרון יעקב, טלפון 04-6397803, פקס: 04-6291357

פיסבוק: משכל - מרכז שיפורי למידה www.zy1882.co.il miskal1882@gmail.com