



הפנייה להשתתפות בחוגי ספורט טיפוליים מסלול- מרכז הספורט הטיפולי לילדים ונוער בבי"ח אלי"ן

תאריך: _____

למילוי על-ידי ההורה (כל הפרטים חובה)-

שם משפחה:	שם פרטי:
תאריך לידה:	מס' תעודת זהות:
קופ"ח:	
שם האם:	נייד אם:
שם האב:	נייד אב:
כתובת מגורים:	טל' בית:

לכבוד הנהלת מסלול-

הנ"ל מופנה אליכם להשתתפות בפעילויות הספורט הטיפולי.
לא ידועה לי כל מניעה רפואית להשתתפות בפעילות גופנית.
הנ"ל נוטל/ת תרופות באופן קבוע - כן / לא. פרט: _____

מהיכרותי עם הנ"ל, מומלצת ההשתתפות בחוגי ספורט טיפוליים בגין (סמן/י X במקום המתאים):

☐	ליקוי התפתחותי בתקשורת (PDD)
☐	שיתוק מוחי (CP)
☐	המפרזיס
☐	פגיעת ראש (TBI)
☐	פגיעת חוט שדרה
☐	פיגור שכלי
☐	אחר _____

☐	חולשה בחגורת כתפיים
☐	טונוס שרירים נמוך
☐	ליקוי בקואורדינציה (DCD)
☐	ליקוי בשיווי משקל
☐	ליקוי בקשב ובריכוז
☐	היפראקטיביות
☐	רגישות תחושתית
☐	ליקוי בויסות חושי
☐	ליקוי למידה
☐	עודף משקל
☐	אחר _____

הערות נוספות - _____

חתימה וחותמת הגורם הטיפולי/רפואי

שם הגורם המטפל

מסלול- מרכז ספורט טיפולי לילדים ונוער ע"ש דייגא ופאלא וויגנשטוק

בית חולים אלי"ן | רח' שמריהו לוין 84 קריית היובל ירושלים 91910 | טלפון: 02-6494353 | פקס: 02-6494802

maslul@alyn.org www.maslulalyn.org.il