**האגודה הישראלית לטיפול הורה – ילד**

**טופס בקשה להתקבל כחבר באגודה הישראלית לטיפול הורה-ילד**

שם פרטי: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מין: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקצוע: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקום עבודה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת מקום עבודה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם הנך עובד עם ילדים כן/ לא

האם הנך מטפל בשיטת טיפול הורה-ילד? כן/ לא

דמי ההרשמה להגשת בקשת מועמדות לחברות הינם 200 ש"ח.

יש לשלוח בדואר לכתובת: עמותת מוט"ב ת.ד. 7316 חיפה 31072

ולפרטים נוספים לכתוב למייל [hanna.kaminer@lbhaifa.health.gov.il](mailto:hanna.kaminer@lbhaifa.health.gov.il)

בקשת מועמדות תטופל ע"י הועדה לקבלת חברים חדשים.

חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_