



תאריך \_\_\_\_\_

בס"ד.

**בקשה להשאלת עמידונים לילדים עם צרכים מיוחדים**

משפחת הילד/ה: \_\_\_\_\_ שם הילד/ה: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ גובה: \_\_\_\_\_ ס"מ משקל: \_\_\_\_\_ ק"ג

שם הפונה: \_\_\_\_\_ קרבה: אב / אם (הקף בעיגול) אחר: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ טלפון בבית: \_\_\_\_\_

מקום עבודה: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_

נייד: \_\_\_\_\_ דוא"ל \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

- **עמידון אקטיבי** הכולל שלחן **תוספות לעמידון אקטיבי**: נא לסמן את התמיכות הנחוצות.  
תומך ראש, תומך גב, רצועות ברכיים ו / או רצועות כפות רגליים.
- **עמידון פסיבי (קדמי)** הכולל שלחן **תוספות לעמידון פסיבי קדמי**: מפריד ברכיים מתכוונן, רצועות כפות רגליים
- **עמידון פסיבי (אחורי)** הכולל שולחן ואת כל הרצועות והתמיכות.

**איש מקצוע מטפל:**

אבחנה: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_

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

טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_