ספח הרשמה

סמינר קליני בנושא:

פסיכותרפיה בפעוטות ובילדים עם נכות התפתחותית,

מוגבלויות שונות או מחלה מתמשכת

**יום שני, 9 לפברואר 2015, במכון טראמפ, בבית איזי שפירא, רעננה.**

**הסמינר מיועד לאנשי מקצוע**

שם: משפחה:

מקצוע: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** ארגון:

כתובת:

טל: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** נייד: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  פקס: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

דוא"ל:

**המחיר המסובסד למשתתף – 200 ₪**

האם את/ה מעוניינ/ת להציג בקבוצת הדרכה : כן / לא

יש לסמן את שתי קבוצות ההדרכה הרצויות:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 10.50-12.20 | קבוצות הדרכה מקבילות | אם תינוק | | ילד | | פעוט | |
| יעל רונן |  | גלית גמפל |  | נעמי מילר |  |
|  |  | | | | | | |
| 12.45-14.15 | קבוצות הדרכה מקבילות | פעוט | | ילד | | הורים | |
| נחמה פבר  בן פזי |  | יואל מילר |  | דורה פלדפוגל |  |

**אמצעי תשלום:**

* המחאה לפקודת "בית איזי שפירא" יש לשלוח בצירוף טופס ההרשמה לכתובת:

בית איזי שפירא, ת.ד. 29 רעננה 43100

* נא לחייב כרטיס אשראי

ויזה ישראכרט/מסטרקארד

דיינרס אמריקן אקספרס

מס' כרטיס: תוקף: ת.ז.

שם בעל הכרטיס:

אם ברצונכם לקבל חשבונית ע"ש אחר נא ציינו זאת*:*

תאריך: חתימה:

למשלוח דף ההרשמה: rasid@beitissie.org.il