הנדון : <u>תכנית התערבות התנהגותית קוגניטיבית -CBT</u>

שלום רב,

במסגרת סל תמיכות המתי״א בביה״ס, אנו ממליצים על תכנית התערבות בתחום ההתנהגותי והקוגניטיבי באמצעות שיטת CBT.

ילדתכם/ילדכם נבחר/ה להשתתף בתוכנית אשר תתקיים במסגרת קבוצתית/פרטנית במהלך יום הלימודים.

מטרות התכנית:

- פיתוח תחושת מסוגלות וביסוס ה״אני״ כפרט וכחלק מקבוצה.
- פיתוח חשיבה מקדמת, גמישות מחשבתית ומתן כלים לפתרון בעיות.
- רכישת כלים לפיתוח מיומנויות לשליטה, דרכי הירגעות וויסות עצמי.
- הצבת מטרות, יעדים ופיתוח תוכנית פעולה בדרך להשגתן.

אנו מבקשים את אישורכם להשתתפות ילדתכם/ילדכם בתכנית זו. לשם כך עליכם לאשר את השתתפות בתכם/בנכם בתוכנית בספח המצ״ב. אנא חתמו והעבירו ליועצת ביה״ס.

במידה ויש שאלות נוספות ניתן לפנות ליועצת ביה״ס ו/או לרכזת תחום CBT במתי״א רן , דורית פרי נייד : 050-6414828

בברכה,

מנהל/ת ביה״ס רכזת תחום CBT ואי״א

דורית פרי

ספח: הסכמת הורים להשתתפות בתוכנית התערבות התנהגותית קוגניטיבית CBT

אנו הורי התלמיד/ה _____ מאשרים ומסכימים שבננו/בתנו ישתתף/תשתתף בתוכנית.

כמו כן, אנו מתחייבים לעדכן במידה ובננו/בתנו נמצא/ת בתמיכה נוספת במקביל לתכנית.

חתימה הורים : _____

תאריך : _____