

הפניה למכון להתפתחות הילד שאלון הורים



שימו לב, יש למלא את השאלונים בכתב ברור ובעט שחור בלבד.

חלק א': פרטים אישיים תאריך מילוי השאלון: ____/____/____ שם ממלא/ת השאלון: _____
 גורם מפנה: _____ סיבת ההפניה למכון: _____

פרטי הילד/ה:

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז.:	תאריך לידה:
			____/____/____
			מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
ארץ לידה:			
מסגרת חינוכית, פרט/י: _____			

פרטי המשפחה:

כתובת:	טלפון בית:	כתובת מייל:

פרטי האב:

שם:	גיל:	ארץ לידה:	שנת עלייה:	שנת לימוד:	עיסוק:	טל' נייד:
מצב בריאותי:						
בעיות התפתחותיות בעבר ו/ או בריאותיות בהווה כגון ליקוי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות:						

פרטי האם:

שם:	גיל:	ארץ לידה:	שנת עלייה:	שנת לימוד:	עיסוק:	טל' נייד:
מצב בריאותי:						
בעיות התפתחותיות בעבר ו/ או בריאותיות בהווה כגון ליקוי למידה, קשיי קשב, בעיות בריאות:						

מצב משפחתי: נשואים אם/אב חד הוריים גרושים אחר, פרט/י: _____

קרבת דם בין ההורים: לא כן, פרט/י: _____

האם הנכם דוברי עברית? כן לא, פרט/י: _____

לאלו שפות חשוף ילדכם? _____

איש/אשת קשר לקביעת תורים: האם האב אחר, שם: _____ טלפון: _____ דוא"ל: _____

פרטי ילדים נוספים במשפחה:

שם:	מין:	גיל:	בעיות בריאותיות והתפתחותיות:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

חלק ב': מידע על הילד/ה

מידע התפתחותי

אם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה באחד התחומים אנה סמנו X ופרטו במה:

תחום התפתחות	לא מתקשה	מתקשה במידה קלה	במידה בינונית	במידה רבה	הערות
יכולות מוטוריות בסיסיות: זחילה, הליכה, ריצה					
מוטוריקה גסה / תנועה במרחב: לדוגמא: שימוש במתקני חצר, משחקי כדור, פעילות גופנית					
פעילויות בידיים / מוטוריקה עדינה: לדוגמא: ציור, כתיבה, גזירה, העתקת צורות, עבודות יצירה, משחקי הרכבה					
רגישות גבוהה מידי לגירויים חושיים: מגע, שמיעה, ריח, טעם, ראייה, תנועה					
רגישות נמוכה מידי לגירויים חושיים: לא שם לב / מגיב פחות לגירויי מגע/ כאב/ טמפרטורה/ שמיעה/ ריח/ טעם					
יכולות של קשב וריכוז: התמדה בפעילות / לא מוסס בזמן משחק, בשעת ריכוז, בפעילות לימודית					
היפראקטיביות / אימפולסיביות: תנועתיות מותאמת לגיל, מחכה בסבלנות לתורו, חושב לפני שפועל					
התארגנות: מתארגן בזמן למטלות ופעילויות ו/או מתארגן עם חפצים / מטלות, ו/או מתארגן עם רצף פעולות באופן עצמאי					
יחזמה / מוטיבציה: מעלה רעיונות למשחקים חדשים, מגוון בסוגי המשחקים, מגלה סקרנות ועניין בסביבה					
שפה: מכין את הנאמר, אוצר מילים מתאים, מצליח לבטא את עצמו					
דיבור: הגוי תקין, דיבור שוטף					
תקשורת: יוצר קשר עין, מגיב לילדים/ מבוגרים בהתאם לסיטואציה					
יכולת למידה: זוכר חומר חדש, שולט במושגי יסוד כגון צבע, צורות					
התנהגות: לדוגמא: מסתגל למצב חדש, אין קשיי משמעת / אין התפרצויות זעם / אין תוקפנות					
מצב רגשי: בטוח בעצמו, אין סימני חרדה, אין קשיי פרידה, קיים בטחון עצמי, מופנם / ביישן, אין סף תסכול נמוך					
שליטה על צרכים:					

האם היו/ישנם קשיים במסגרת הגנית/בית ספרית?

האם הילד/ה אובחן/ה או נבדק/ה בעבר עקב קשיים התפתחותיים? (פרט/י האבחונים שבוצעו, מתי והיכן וצרף/י הדוחות):

האם מקבל/ת טיפולים אחרים? אם כן, סמן/י ב-X:

- פסיכולוגית
 עובד/ת סוציאלית/ת
 פיזיותרפיסט/ית
 מרפא/ת בעיסוק
 קלינאית תקשורת
 גנן/ת שי"ח

פרט/י:

באיזה תחום הקושי הוא הרב ביותר ובו הייתם רוצים עזרה עבור הילד/ה:

האם יש מידע נוסף שברצונכם לציין?

מידע רפואי

מהלך הריון ולידה:

תקין

לא תקין, פרט/י:

בעיות רפואיות:

לא

כן, פרט/י:

קבלת תרופות באופן קבוע:

לא

כן, פרט/י:

האם נעשו בדיקות ראייה?

לא

כן, זמן ותוצאות הבדיקה:

האם נעשו בדיקות שמיעה?

לא

כן, זמן ותוצאות הבדיקה:

בהתאם להנחיות משרד הבריאות:

- הטיפולים כרוכים בתשלום השתתפות עצמית.
- אם ילד/תכם ת/ימצא זקוק/ה לטיפולים בתחום התפתחות הילד, תהיו זכאים לקבלת הטיפולים תוך 3 חודשים מיום קבלת הטפסים במכון להתפתחות הילד בשלמותם. במידה ומשך ההמתנה יתארך מעבר לכך, תוכלו לקבל החזרים כספיים עבור טיפולים פרטיים, בכפוף לקבלת אישור מהגורם המקצועי המוסמך במכבי.

התימות ההורים:

אם:	אב:	תאריך:



מרכז לגיל הרך **אזאג**

מרום הגליל

תאריך: _____

הסכמה מדעת לטיפול והערכה במרכז לגיל הרך – מרום הגליל

לצורך הערכה וטיפול מיטבי ל(שם שמלא של הילד) _____ ת.ל. _____

אנו (שם מלא אם) _____ | (שם מלא אב) _____ מאשרים את הדברים הבאים:

1. למטפל מטעם המרכז לטפל בבני/בתי. (מאשר/לא מאשר)
2. לצפות בילד במסגרת החינוכית. (מאשר/לא מאשר)
3. לקבל ולמסור מידע מגורמים מקצועיים שמכירים את הילד. (מאשר/לא מאשר)
4. צילום פגישות לצורך לימוד והדרכה. (מאשר/לא מאשר)
5. צילום פגישות טיפול לצורך פרסום בכלי תקשורת מקומי או גיוס משאבים לקידום המענה שניתן לקהילה במרכז. (מאשר/לא מאשר)

ההסכמה מדעת תקפה למשך שנה מיום החתימה.

- א. העיקרון המנחה הוא שרק אינפורמציה חיונית תימסר.
- ב. כל מידע שיימסר לגורמים מקצועיים על ידי המטפל יימסר גם להורים.

חתימות ההורים:

אם: _____ ת.ז: _____ טלפון: _____

אב: _____ ת.ז: _____ טלפון: _____

הפניה למכון להתפתחות הילד שאלון למורה

תאריך מילוי השאלון: ____/____/____

למילוי על ידי ההורה:

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז.:	תאריך לידה:	מין: <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה
			____/____/____	

טיפולים נוספים שמקבל התלמיד: ריפוי בעיסוק קלינאות תקשורת פיזיותרפיה אחר: _____

מורה נכבד/ה,

הילד/ה: _____ הופנה/תה אלינו לאבחון התפתחותי. חשובה לנו מאוד הערכתך לגבי תפקודו/ה ורמתו/ה של הילד/ה בכיתה ובבית הספר.

שם המורה:	טלפון המורה:	שם בית הספר:	כתובת בית הספר:

כיתה:	מס' ילדים בכיתה:	סוג הכיתה: <input type="checkbox"/> רגילה <input type="checkbox"/> משולבת <input type="checkbox"/> ליקויי למידה <input type="checkbox"/> מקדמת <input type="checkbox"/> אחר: _____	

תקופת היכרותך את התלמיד/ה: _____

האם התלמיד/ה מקבל/ת סיוע פרטי / בקבוצה קטנה במסגרת בית הספר? _____

דרגי את הישגי התלמיד/ה בהשוואה לרמת תלמידי הכיתה:

	טובים מאוד	טובים	בינוניים	חלשים	חלשים מאוד
כתיבה					
חשבון					
קריאה					
הבנת הנקרא					

הערות: _____

דרגי את הישגי התלמיד/ה בכתיבה:

תקין	קושי קל	קושי משמעותי	הערות	
				קריאת כתב היד
				מהירות הכתיבה
				מאמץ / התעייפות בזמן כתיבה ולאחר הכתיבה
				ארגון הכתוב על הדף (רווחים, גודל אותיות שווה, קו שוטף ורצוף, מחיקות מרובות) סמן את הקשיים

בדרך כלל	לעיתים	אף פעם לא	
			קשוב/ה בזמן למידה פרטנית
			קשוב/ה בזמן למידה קבוצתית
			מבצע/ת מטלות מתחילתן ועד לסופן
			עומד/ת בזמנים בהתאם לדרישות
			עצמאי/ת בעבודה בכיתה, אינו/ה זקוק/ה להנחיה ותייחך של מבוזר
			מתארנן/ת עם חפציו: מביא ציוד נדרש
			עוקב/ת ופועל/ת על פי הוראות

הערות:

אנא תאר/י את פעילויות התלמיד/ה בתחומים הבאים:
(התייחס/י הן להישגיו/ה והן למידת השתתפותו/ה בבית הספר בפעילויות אלו)

מתקשה מאוד	מתקשה	תקין	
			משחק בכדור (מקפיץ/ה, תופס/ת, זורק/ת)
			משחק/ת במשחקים ספורטיביים (חבל/גומי/כדורגל)
			משתתף/ת בשיעורי ספורט
			פעילה/ה גופנית בהפסקות
			מעדיף/ה משחק שקט בכיתה? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא
			נותעייף/ת בקלות? <input type="checkbox"/> כן <input type="checkbox"/> לא

הערות: במידה וקיימת מסורבלות בתנועה, פרט

כישורים חברתיים

לעיתים	בדרך כלל	תמיד	
			יוצר/ת קשרים חברתיים עם בני גילו/ה
			משתתף/ת במשחק חופשי עם חברים
			מגלה יכולת לפתרון בעיות חברתיות

הערות: במידה ואינו/ה מתייחס/ת באופן הולם לחברים, או נתון להצקות מצד חבריו, פרט

התנהגות

אף פעם	מדי פעם	בדרך כלל	
			תגובות רגשיות מותאמות למצב
			פועל ללא תסכול
			לא נצפית תנועתיות יתר
			לא קיימות התנהגות אימפולסיבית
			התנהגות ביישנית
			התנהגות פאסיבית
			קיימות בעיות משמעות /קיים קושי בקבלת גבולות

האם קיימים קשיים הושיים המשפיעים באופן משמעותי על תפקוד הילד/ה בכיתה
 [(כגון רגישות יתר לגירויים היצוניים (רעש, אור, מגע, תנועה) או רגישות נמוכה מידי לגירויים הושיים
 (לא שם/ה לב / מגיב פחות לגירויי מגע/ כאב/ טמפרטורה/ שמיעה)]

סיכום והמלצות המורה

האם לדעתך התלמיד/ה ממצה את יכולתו/ה הלימודית? אם לא, מהם הגורמים המפריעים לכך?

מהם התחומים החזקים של התלמיד/ה?

מהם תחומי הקושי העיקריים של התלמיד/ה?

האם לדעתך הילד/ה זקוק/ה לעזרה מקצועית? באילו תחומים?

הערות נוספות:

תפקוד הילד/ה ביחס לחבריו/ה בכיתה: סמן ב-X:

מתחת למוצע	ממוצע	מעל ממוצע	
			לימודית
			מוטורית
			התארגנות
			חברתית

חתימת המורה: _____

הפניה למכון להתפתחות הילד
שאלון לגננות



תאריך מילוי השאלון: ____ / ____ / ____

שם משפחה:	שם פרטי:	ת.ז.:	תאריך לידה:	מין:
			____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה

גננות/ת נכבד/ה, הילד/ה הופנה/תה אלינו לאבחון התפתחותי. נודה לך על מילוי השאלון על מנת לקבל תמונה עדכנית לגבי תפקודו/ה בגן.

1. פרטים על הגן:

שם הגן:	סוג הגן:	כתובת הגן:
	<input type="checkbox"/> רגיל <input type="checkbox"/> מיוחד <input type="checkbox"/> גן עירוני <input type="checkbox"/> גן פרטי	
יישוב:	שם הגננות:	טל' בגן:
מס' ילדים בגן:	גילאי הילדים בגן:	מועד כניסת הילד/ה לגן:

האם הילד/ה מקבלת/ת סיוע בגן? _____

2. התרשמות כללית:

מבקר/ת סדיר בגן? כן לא, פרטי _____

הופעה חיצונית: _____

3. התפתחות:

אנא תארי את פעילותיו/ה בתחומים הבאים (התייחס/י הן להישגיו/ה והן למידת השתתפותו/ה בגן בפעילויות אלו):

א. שפה ודיבור:

1. האם קיימות תופעות בפה כגון (הקף/י בעיגול): פה לרוב פתוח, ריור, מתקשה ללעוס, לשון מחוץ לפה, אחר: _____

2. רמת הדיבור וההיגוי - האם קיימים שיבושי היגוי (כגון: החלפת אותיות, היגוי משובש): _____

3. באיזו מידה הילד/ה מסוגלת/ת להתבטא בע"פ (כגון: חוויות אישיות, הבעת רעיונות בזמן מפגש, ביטוי רצונות וכו'): _____

4. אוצר מילים (מפותח, דל, משביע רצון): _____

5. רמת ההבנה (הבנת הוראות פשוטות, מורכבות סיפורים): _____

ב. כישורי למידה:

1. האם להתרשמותך קיימת בעיה של זיכרון / זכירת רצף? (כגון: רצף הוראות, ימות השבוע, ספירה, שיר, דקלום, תכנים שגלמדו):

2. האם הילד/ה שולט/ת במושגים? (צבע, צורה, גודל, מושגי מרחב, חלקי גוף):

ג. יצירה:

1. ציור:

2. גזירה:

3. בניה והרכבה:

ד. משחק חופשי (משחק דמיוני, מגוון, הדדי):

ה. משחק בחצר (שימוש במשחקי חצר, השתתפות בריתמיקה, שליטה במיומנויות מוטוריות כגון: דילוג, משחקי כדור, קפיצה, ריצה):

ו. האם קיימים קשיים חושיים המשפיעים באופן משמעותי על תפקוד הילד/ה בגן?

כגון רגישות יתר לגירויים היצוניים (רעש, אור, מגע, תנועה) או רגישות נמוכה מידי לגירויים חושיים (לא שמה לב / מגיבה פחות לגירויי מגע/ כאב/ טמפרטורה/ שמיעה)

ז. עצמאות בחיי יומיום:

1. אכילה:

2. לבוש:

3. שליטה על צרכים:

ח. קשב, ריכוז, אימפולסיביות / היפראקטיביות (גא הקף/י את ההתנהגויות הרלוונטיות):

1. השתלבות במפגשי ריכוז (יכולת התמדה, תנועתיות):

2. האם לעיתים יש רושם שאינו/ה מקשיב/ה? תשומת ליבו/ה מוסחת בקלות? מתקשה לסיים מטלות? מתקשה להמתין לתורו/ה במשחקים או במצבים חברתיים? מתרוצץ/ת או מתקשה לשבת ללא תנועה במקומו/ה? (גא הקף/י את ההתנהגויות הרלוונטיות).

4. התנהגות:

א. האם בא/ה בשמחה לגן: כן לא, פרטי:

ב. האם נפרד/ת בקלות מההורים?

ג. מצב רוחו/ה: (שמחה, עצובה, בכיין/נית, עקשן/נית, תוקפן/נית, פחדן/נית)

ד. היבטים רגשיים התנהגותיים אחרים כגון (סמך ב-x):

- התפרצויות זעם פחדים מוגזמים מרבה לבכות גמגום הרטבה
 אוננות טיקים מציצת אצבע פסיביות התבודדות

ה. כישורים חברתיים (האם לילד/ה יש חברים, כיצד מתייחס/ת למצבים חברתיים רגשיים של ילדים, האם קיימת יוזמה, יכולת לקשר, האם נמנע/ת מקשר חברתי, יכולת לפתרון בעיות עם ילדים):

ו. קשר עם הגננת (קבלת סמכות, גבולות, תלותיות):

ז. האם לדעתך זקוק/ה לעזרה מקצועית ובאילו תחומים?

ח. איזה מסגרת תתאים לדעתך עבורו/ה בשנה"ל הבאה?

גן גן רגיל + גננת שיח גן משולב גן טיפולי אחר:

ט. הערות נוספות:

חתימת הגננת/ת: