

השרות הפסיכולוגי חינוכי

רחוב הכרמל 1א', טלפון: 04-9537181, פקס: 04-9835650

נספח 5: שאלון הורים

תאריך מילוי השאלון: _____

שאלון הורים עבור ילדי גן לקראת המעבר לכתה א'

להורים / למשפחה שלום,

לפניכם שאלון ובו תידרשו למלא פרטים אישיים על המשפחה ועל ילדכם, מידע בנוגע להתפתחותו המוקדמת ולתפקודו כיום. שאלון זה מהווה בסיס מידע משמעותי לבחינת הצרכים של הילד בגן ובמעבר לכיתה א'.

אנא, מלאו את השאלון בהקדם ולא יאוחר מה-1 במרץ, והעבירו אותו באמצעות מנהלת הגן. צרפו מידע רלוונטי מגורמים חינוכיים ו/או טיפוליים נוספים, אם ישנם. המסמכים יועברו לשירות הפסיכולוגי החינוכי. תוכן השאלון והמסמכים יוצגו בוועדה הדנה בבקשה לדחיית המעבר לכיתה א'.

בהצלחה,

השרות הפסיכולוגי החינוכי.

גני ילדים: 04-9539283 ביקור סדיר: 04-9539235 יחידת הנוער: 04-9539248
פרט וחנ"מ: 04-9539233 לידה עד שלוש: 04-9539273 שפ"ח: 04-9537181

השרות הפסיכולוגי חינוכי

רחוב הכרמל 1א', טלפון: 04-9537181, פקס: 04-9835650

חלק א – פרטים אישיים

שם הילד/ה: _____ שם המשפחה: _____
 המין: ז/נ מס' ת"ז: _____ תאריך הלידה: _____
 שמות ההורים/ אפוטרופוס: _____ ארץ הלידה: _____ תאריך העלייה: _____
 כתובת המגורים: _____
 מס' הטלפון של ההורה/אפוטרופוס: _____ מס' טלפון נוסף: _____
 שם הגן הנוכחי: _____ שם מנהלת הגן: _____
 אחים במשפחה: _____
 השם/זכר/נקבה/תאריך הלידה/הכיתה/ בית הספר/ העיסוק

צינו את הסיבות לבקשתכם לבחינת האפשרות של הישארות שנה נוספת של ילדכם בגן גילי 5

חלק ב' – רקע התפתחותי:

- באיזה שבוע להיריון נולד הילד? _____
- סוג הלידה: רגילה/ בניתוח קיסרי פרט מדוע: _____ / אחר פרט: _____
- המשקל בלידה: _____ האם חווה מצוקה עוברית? לא/כן, אם כן פרט: _____
- האם היו אירועים חריגים במהלך ההיריון ו/או הלידה? לא/כן, אם כן פרט: _____
- האם מהלך ההתפתחות היה תקין? לא/כן, אם התעוררו קשיים, פרט: _____

חלק ג' – מענים טיפוליים בעבר וכיום:

- האם הילד אובחן/טופל או מטופל כיום על ידי פיזיותרפיסט / מרפא בעיסוק?
 לא / כן, אם כן פרט: באיזה גיל? _____ על ידי מי? _____
 למשך כמה זמן? _____

- האם הוא אובחן/טופל או מטופל כיום על ידי קלינאי תקשורת? לא / כן, אם כן פרט: באיזה גיל?
 על ידי מי? _____ למשך כמה זמן? _____

גני ילדים: 04-9539283 ביקור סדיר: 04-9539235 יחידת הנוער: 04-9539248
 פרט וחנ"מ: 04-9539233 לידה עד שלוש: 04-9539273 שפ"ח: 04-9537181

השרות הפסיכולוגי חינוכי

רחוב הכרמל 1א', טלפון: 04-9537181, פקס: 04-9835650

• האם הוא אובחן/טופל או מטופל כיום על ידי גורם טיפולי כגון: פסיכולוג/ עובד סוציאלי/ תרפיסט. לא / כן, אם כן פרט:

באיזה גיל? _____ על ידי מי? _____ למשך כמה זמן? _____

• האם הוא אובחן/טופל או מטופל כיום על ידי גורם מקצועי אחר? לא / כן, אם כן פרט: באיזה גיל? _____ על ידי מי? _____ למשך כמה זמן? _____

שימו לב! מומלץ לצרף סיכומים וחוות דעת מקצועיים של גורמי המקצוע בעבר וכיום.

חלק ד' - תפקוד כיום:

יש לציין את תפקודו של הילד בזמן מילוי השאלון ולציין האם חלו שינויים לאחרונה:

• מתלבש ומתפשט: עצמאי / נעזר פרט: _____

• אכילה: עצמאי / נעזר פרט: _____

• רחצה: עצמאי / נעזר פרט: _____

• עצמאות בשירותים: עצמאי / נעזר פרט: _____

• האם הילד סובל מבעיות הרטבה או מבעיות אחרות הקשורות ביציאות (ביום/בלילה)? _____

• דפוס השינה: אין קושי מיוחד, מתקשה להירדם, מרבה להתעורר, שינה לא רציפה, אחר ופרט: _____

• הבעה שפתית: האם ניתן להבין את הילד? האם מדבר ברצף? האם ישנו גמגום? _____

• האם הילד מספר ומשתף בחוויות מהגן? _____

• מוטוריקה עדינה: האם הילד נהנה/נמנע מפעילות מוטוריות עדינה, כגון: ציור, העתקה, צביעה? פרט: _____

• מוטוריקה גסה: האם הילד נהנה/נמנע מפעילות מוטוריות גסה, כגון: משחקי כדור, משחקים בגן ה שעשועים? פרט: _____

• מה הן ההתנהגויות המאפיינות את הילד ברוב היום (רגוע, שקט, ביישן, תזזיתי, חברותי, עצבני, רגזני, בכיני)? _____

• כיצד מגיב על הצבת גבולות? _____

• האם הילד לרוב קשוב? יכול להתמיד במשימה קצרה? _____

גני ילדים: 04-9539283 ביקור סדיר: 04-9539235 יחידת הנוער: 04-9539248
פרט וחנ"מ: 04-9539233 לידה עד שלוש: 04-9539273 שפ"ח: 04-9537181

השרות הפסיכולוגי חינוכי

רחוב הכרמל 1א', טלפון: 04-9537181, פקס: 04-9835650

כיצד אתם מתארים את הקשר שלו עם בני גילו? ועם חבריו לגן? ומהי החברה המועדפת על הילד:
בני גילו/ילדים קטנים/ילדים גדולים/חברת מבוגרים? (אפשר לסמן כמה אפשרויות). פרט:

● כיצד אתם מתארים את הקשר שלכם עם הילד ועם אחיו?

● מה הן הפעילויות המועדפות עליו בשעות אחר הצהריים ועם מי הוא נמצא? האם הוא מצליח להעסיק את עצמו גם לבד?

לסיכום,

מהן נקודות החוזק / הכוחות של הילד:

מהן נקודות החולשה / הקשיים / האתגרים איתם הוא צריך להתמודד:

האם חלו שינויים במשפחה ובסביבתו הקרובה של הילד לאחרונה?

האם הילד מביע את עמדתו בנושא המעבר? פרט

האם תרצו להוסיף אינפורמציה נוספת?

שימו לב! מומלץ לצרף כל מידע או סיכום של גורם טיפולי נוסף המעיד על תפקודו של הילד.

שם ההורה/ אפוטרופוס ממלא השאלון*: _____ מס' ת"ז: _____

טלפון: _____ חתימה: _____

שם ההורה 2: _____ מס' ת"ז: _____

טלפון: _____ חתימה: _____

גני ילדים: 04-9539283 ביקור סדיר: 04-9539235 יחידת הנוער: 04-9539248
פרט וחנ"מ: 04-9539233 לידה עד שלוש: 04-9539273 שפ"ח: 04-9537181