

שאלון להורים של מועמד לאבחון

הינכם מתבקשים למלא את השאלון הבא. תשובותיכם לשאלות המוצגות להלן חשובות לנו ביותר, בעיקר לשם מתן המלצות לבית הספר ולשם בניית תוכנית יישומית. לכן ענה/י בפרוט רב ככל שניתן.

פרטי התלמיד:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____
הכתובת: _____ מס' טלפון: _____ טלפון נוסף _____
בית הספר _____ הישוב _____ הכיתה: _____
המורים: _____ מחנך/כת _____ הכיתה: _____ מורה טיפולית או מורת עזר: _____
הגורם המפנה _____

פרטי המשפחה:

שם האב: _____ מקצוע: _____ שם האם: _____ מקצוע: _____

אחים ואחיות וגיליהם _____
בעיות למידה במשפחה _____

מידע על התלמיד:

הבעיה שבגללה הגיע/ה לאבחון _____
מידע על אבחונים קודמים, פרט: מכון להתפתחות הילד, אבחון פסיכולוגי, אבחון נוירולוגי, בדיקות ראייה ושמיעה, ריפוי בעיסוק וכדומה: _____
מידע על טיפולים קודמים (הוראה מתקנת, ריפוי בדיבור, טיפול פסיכולוגי וכדומה) _____

היסטוריה של ההיריון והלידה _____

מרכז גלאי

מרכז לאבחון וקידום כישורי למידה

התפתחות המוטורית (ישיבה הליכה, השימוש בידיים) _____

התפתחות הלשונית _____

התפתחות החברתית (חברותית, פסיביות – אגרסיביות, אקטיביות וכדומה) _____

המצב הבריאותי: _____

מאובחן הנוטל תרופות ייקח אותן ביום האבחון .

אירועים משפחתיים משמעותיים (מעבר דירה, מוות, משבר וכו') _____

בעיות מיוחדות (הפרעה בשינה, הרטבה\גמגום, מצבי רוח, מציצה וכדומה) _____

בגן הילדים

סוג הגן רגיל/מיוחד _____ האם התעוררו בעיות בגן? פרט _____

במה אהב לשחק? _____ במה נמנע לשחק? _____

בבית הספר

סוג הכתה בה למד? (סמן בעיגול) רגילה \ מיוחדת

תולדות הלימודים החל מכתה א' _____

תיאור רכישת הקריאה והכתיבה _____

באיזה שיטה רכש את הקריאה _____

באיזה כיתה התגלו קשיים לימודיים _____

תיאור הישגיו הלימודיים _____

היחס לבית הספר _____

מה חשוב לו? במה מתעניין? במה מרבה לעסוק? _____

תאריך מילוי השאלון _____ חתימת ההורים _____

מכון אבחון בפריסה ארצית

טלפון 077-5315312 פקס: 08-6657076 ווטסאפ: 0508566307

office@mercaz-galay.co.il