

שאלון למורה/יועצת ביה"ס

למורה/יועצת/שלום.

אנו מודים לך על נכונותך למלא שאלון זה ולסייע בכך לייעול תהליך האבחון והטיפול בתלמידך. נודה באם תמלא/י את החלקים הרלוונטיים עפ"י מיטב ידיעתך לגבי התלמיד/ה ובמירב הדיוק הניתן

שם התלמיד/ה (פרטי): _____ משפחה: _____

שם ביה"ס: _____ הכיתה: _____ טלפון ביה"ס _____

שם ממלא/ת השאלון: _____ התפקיד (מחנכת, יועצת וכד'): _____

טלפון ממלא/ת השאלון: _____

1. כמה זמן הנך מכירה את התלמיד? _____

2. מהם הקשיים בגללם הגיע/ה התלמיד/ה לאבחון? _____

3. למיטב ידיעתך, מתי החלו קשיים אלו? _____

4. חוות דעת על מצבו הלימודי של התלמיד

א. קריאה וכתיבה: _____

ב. מתמטיקה: _____

ג. אנגלית ושפות זרות: _____

ד. הבעה עצמית וידע כללי: _____

ה. השתתפות בשיעור: _____

ו. עבודה עצמית, הכנת שיעורי בית: _____

ז. תחום המוטוריקה: _____

ח. יכולת הריכוז: _____

ט. התנהגות, מוטיבציה, יוזמה וכדומה (האם היא אחידה, או שונה במקצועות שונים)? _____

י. המצב החברתי: _____

יא. מידע נוסף שנראה לך חשוב: _____

יב. יכולת של התלמיד בהשוואה לתלמידים אחרים בכיתה: (1) – הרבה מתחת למוצע, (2) – מעט מתחת למוצע, (3) – ממוצע, (4) – מעט מעל הממוצע, (5) – הרבה מעל הממוצע.

5. האם קיימים אבחונים קודמים (אבחון פסיכולוגי, נוירולוגי או אחר)? _____

6. למיטב ידיעתך, טיפולים שניתנו בעבר? _____

מכון אבחון בכריסה ארצית

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

office@mercaz-galay.co.il



7. האם התלמיד מקבל סיוע בבית הספר (שעות שילוב, תגבור, תוכנית חינוכית מיוחדת וכו') _____

8. עד כמה מועילים הטיפולים הניתנים כיום? _____

9. התאמות בדרכי היבחנות הניתנים כיום: _____

10. כיצד מתפקד התלמיד/ה עם ההתאמות? _____

אנא צרפ/י דו"ח מפורט של המורים המקצועיים לגבי תפקוד התלמיד במקצועות בהם קיים קושי. מידע זה חיוני עבור התלמיד הנוזק להתאמות בדרכי היבחנות מדרגה 3 (מבחן בע"פ, מבחן מותאם).

11. אפשרויות הטיפול הקיימות בבית הספר: _____

12. הקשר בין ההורים לבין המורה וביה"ס: _____

סוג האבחון המבוקש (הקף בעיגול): אבחון דידיקטי כללי/אבחון פסיכולוגי מורחב. אילו אבחונים מומלצים לדעתך בנוסף לאבחון הדידיקטי הכללי (הקף בעיגול)? אבחון באנגלית/אבחון במתמטיקה/אבחון פסיכולוגי.

אנא החזר אלינו את השאלון בהקדם האפשרי, חוות דעתך חשובה לנו.

תודה על שיתוף הפעולה,
נשמח ליצור אתך קשר בהמשך.

תאריך מילוי השאלון: _____ חתימה: _____

מכון אבחון בפריסה ארצית
טלפון 077-5315312 פקס: 08-6657076 ווטסאפ: 0508566307
office@mercaz-galay.co.il