



טל'  
6177353

# מועצה אזורית מנשה

שרות פסיכולוגי  
הקהילה במרכז  
חינוכי



## שאלון להורי ילד גן

1. פרטים אישיים של הילד

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מין: ז/ב

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ תאריך עליה \_\_\_\_\_

ארץ לידה \_\_\_\_\_ שם האב \_\_\_\_\_ שם האם \_\_\_\_\_

טלפון בבית \_\_\_\_\_ טלפון נוסף \_\_\_\_\_

כתובת פרטית \_\_\_\_\_

שם הגן \_\_\_\_\_ ישוב \_\_\_\_\_

עם מי הילד חי בבית? \_\_\_\_\_

### ילדי המשפחה

שם	תאריך לידה	כיתה – בי"ס / עיסוק

2. מהי סיבת הפנייה לאבחון?

\_\_\_\_\_

3. מתי להערכתכם החלו הקשיים?

\_\_\_\_\_

4. כיצד באים לידי ביטוי הקשיים?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אום אל קוטוב

אלוני יצחק

אל עריאן

ברקאי

גן שומרון

גן שמואל

כפר ג'וליקסון

כפר פינס

להבות אביבה

מאור

מגל

מי עמי

מיוסר

מצר

מלנית

משמרות

עין עירון

עין שר

רזבים

שדה יצחק

שער מנשה

תלמי אלעזר



טל'  
6177353

# מועצה אזורית מנשה

שרות פסיכולוגי  
הקהילה בארצ



אום אל קוטוב

אלוני יצחק

אל עריאן

ברקאי

אן שומרון

אן שמואל

כפר ג'ליקסון

כפר פינס

להבות גביבה

מאור

מגד

מי עמי

מיוסר

מצר

מאנית

מנרת

עין עירון

עין שר

רזבים

שדה יצחק

שער מנשה

תלמי אלעזר

5. האם ישנם תחומים נוספים בהם מתבטאים הקשיים?

---

6. האם ידוע לך על קרובי משפחה אשר אובחנו כלקויי למידה? עם קשיים אחרים? במידה וכן פרט את הקרבה וסוג הליקוי:

---

האם אובחנו ו/או קבל טיפולים כלשהם? כן / לא פרט:

---

האם נשאר שנה נוספת בגן? כן / לא סיבה:

---

7-רקע התפתחותי:

תארו בקצרה את התפתחותו ומצב בריאותו של ילדכם מלידתו ועד היום ב:

(1) תקופת ההיריון-האם היו קשיים / סיבוכים? כן / לא פרט:

(2) לידה (רגילה, עכוז, מצוקת עובר, לידת מלקחיים, ניתוח קיסרי) משקל

(3) מתי התחיל ללכת?

מתי התחיל לדבר?

האם היה במעקב התפתחותי? פרט

על ידי מי נשלח ומתי?

(4) האם נשלח לבדיקה מיוחדת? פרט

על ידי מי נשלח ומתי?

(5) האם קיבל טיפולים כגון: ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה, הערכת קלינאית תקשורת, אבחון או טיפול

פסיכולוגי, בדיקה נירולוגית, טיפול תרופתי, אחר - מתי ולמשך כמה זמן?

---

(6) האם בנך/בתך עבר אבחון כלשהו בעבר, אם כן פרט מתי ואיזה סוג (דידקטי, פסיכולוגי):

---

מה היו המלצות האבחון?

---



---



טל'  
6177353

# מועצה אזורית מנשה

הקהילה בארבע

שרות פסיכולוגי

חינוכי



אום אל קוטוב

אלוני יצחק

אל עריאן

ברקאי

אן שומרון

אן שמואל

כפר גליתקסון

כפר פינס

להבות אביבה

מאור

מגל

מי עמי

מיוסר

מצר

מלנית

משמריות

עין עירון

עין שר

רלבין

שדה יצחק

שער מנשה

תלמי אלעזר

7) האם בנך/בתך סובל או סבל בעבר מבעיות רפואיות? אם כן אילו? האם אושפז בעבר בבית חולים מתי? מדוע? ולכמה

זמן?

8) האם קיימות הפרעות בשינה? כן / לא פרט

9) האם קיימות בעיות בתזונה? כן / לא פרט

10) האם קיימות בעיות בראייה? כן / לא פרט

11) האם קיימות בעיות בשמיעה? כן / לא פרט

תפקוד חברתי, רגשי, התנהגותי

1. תאר את תגובותיו הרגשיות וההתנהגותיות של בנך/בתך בהקשר ל:

תפקודו הלימודי -

תפקודו החברתי -

2. תפקודו במשפחה עם ההורים והאחים:

3. תאר את מצבו/מצבה החברתי של בנך/בתך בעבר ובהווה-ציין דברים משמעותיים.

4. ציין אירועים משמעותיים בחיי הילד וסביבתו המשפחתית שהיו יכולים להשפיע על התפתחותו הכללית:

5. ציין כל מידע נוסף אשר נראה לך חשוב בהקשר למצבו של ילדך שיכול להיות רלוונטי:



טל'  
6177353

# מועצה אזורית מנשה

שרות פסיכולוגי  
הקהילה בארץ  
חינוכי



אום אל קוטוב

אלוני יצחק

אל עריאן

ברקאי

אן שומרון

אן שואל

כפר ג'ליקסון

כפר פינס

להבות אביבה

מאור

מגל

מי עמי

מיוסר

מצר

מענית

משמריות

עין עירון

עין שער

רזבים

שדה יצחק

שער מנשה

תלמי אלעזר

שאלון הערכה לילדים ע"ש קונרס

שאלון לגננת / הורה

תאריך: \_\_\_\_\_

פרטי הילד: \_\_\_\_\_

שם האב

שם פרטי

שם משפחה

הוראות: ציין × במשבצת המתאימה בכל שורה.

נא להשיב על כל 10 השאלות.

מס'	תצפיות	בכלל לא	במקצת	הרבה	הרבה מאוד
1	חסר מנוחה, פעיל ביותר				
2	אימפולסיבי, מתרגש בקלות				
3	מפריע לילדים אחרים				
4	לא מסיים דברים שהתחיל				
5	נע בחוסר מנוחה, מניע חלקי גופו				
6	לא מקשיב, דעתו מוסחת בקלות, מפוזר				
7	מתוסכל בקלות, דורש סיפוק מיידי				
8	מצבי רוח משתנים במהירות קיצונית				
9	בוכה לעתים קרובות ובקלות				
10	התפרצויות כעס, התנהגות מתפרצת ולא ניתנת לגיבוי				

תודה על שיתוף הפעולה.