



מ.ט.ל.

מרכז טיפולי לימודי



מ.ט.ל. מח' החינוך - "חוף הכרמל"
מתחם ביה"ס כרם מהר"ל
ד.ג. חוף הכרמל - 30840
טלפון: 04 - 9549210 - 1 - 2
פקס: 04 - 9549214

תאריך מילוי השאלון _____

שאלון הורים

הורה יקר: שאלון זה דן מאפשר לנו להכיר את בנך/בתך.
תשובות מדויקות יעזרו מאוד בתהליך האבחון ובנית תכנית הטיפול.

פרטי התלמיד

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____ מין ז/נ מ.ז. _____
תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ תאריך עלייה: _____
כתובת: _____ טלפון בבית: _____
כיתה: _____ בית הספר: _____ קופ"ח: _____
מחנכת הכיתה: _____ טלפון: _____

פרטי ההורים

שם האם: _____ שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____
השכלה: _____ עיסוק: _____ טלפון עב': _____ טל' נייד: _____
שם האב: _____ שנת לידה: _____ ארץ לידה: _____
השכלה: _____ עיסוק: _____ טלפון בעב': _____ טל' נייד: _____
מצב משפחתי: _____
שפה מדוברת בבית: _____

פרטים לגבי אחים ואחיות

שם	גיל	כתה ובי"ס	הערות (קשיי למידה, טיפולים)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



מ.ט.ל.

מרכז טיפולי לימודי



מ.ט.ל. מח' החינוך - "חוף הכרמל"
מתחם ביה"ס כרם מהר"ל
ד.ג. חוף הכרמל - 30840
טלפון: 04 - 9549210 - 1 - 2
פקס: 04 - 9549214

ציינו בעיות מיוחדות נוספות ברקע המשפחתי:

מידע לגבי התלמיד

1. סיבת ההפנייה:

2. מתי התגלו הקשיים לראשונה:

3. במידה וקיימים אבחונים קודמים (אבחון פסיכולוגי, נוירולוגי, ריפוי בעסוק, ריפוי בדיבור ואחרים) פרט מועדי האבחון, וסיכום קצר של הממצאים. רצוי לצרף העתקי אבחונים קודמים.

4. פרוט טיפולים בעבר ובהווה:

רקע התפתחותי לגבי הילד:

הריון ולידה:

האם היו בעיות מיוחדות בזמן ההריון?



מ.ט.ל.

מרכז טיפולי לימודי



מ.ט.ל. מח' החינוך - חוף הכרמל"

מתחם ביה"ס כרם מהר"ל

ד.ג. חוף הכרמל - 30840

טלפון: 04 - 9549210 - 1 - 2

פקס: 04 - 9549214

שבוע הלידה: _____

סוג הלידה (רגילה, קלה, קשה, ניתוח, ואקום, מלקחיים): _____

ארועים מיוחדים במהלך הלידה: _____

משקל בלידה: _____

מהלך ההתפתחות:

התפתחות מוטורית (זחילה, הליכה, שימוש בידיים וכד') תארי בקצרה, ציין/י ארועים מיוחדים ציין/י גילאים שזכורים לכם: _____

התפתחות שפתית (מתי התחיל לדבר מילים בודדות, משפטים, האם היו קשיי דיבור/הגייה בעבר בהווה) _____

מצב בריאותי כללי (ציין/י ארועים חוזרים או חריגים כגון: דלקות אוזניים, ירידה בשמיעה, ניתוחים, אשפוזים, תאונות, מחלות כרוניות וכד'): _____



מ.ט.ל.

מרכז טיפולי לימודי



מ.ט.ל. מח' החינוך - חוף הכרמל"

מתחם ביה"ס כרם מהר"ל

ד.ג. חוף הכרמל - 30840

טלפון: 04 - 9549210 - 1 - 2

פקס: 04 - 9549214

בעיות מיוחדות (הפרעות בשנה, הרטובה, מציצה, גמגום, מצבי רוח וכד')

תארי בקצרה את האופי וסוג התגובות הרגשיות (רגישות מיוחדת, האם זקוק לתשומת לב מיוחדת, מגלה צורך בולט באהדה, נעלב בקלות, חרד, עקשן, בעל מרץ, עצמאי, תלוי במבוגרים, תלוי בלדים אחרים, מנהיג בחברה, ביישן, בעל מעצורים חזקים, נמצא רוב הזמן בתנועה, אינו מסוגל לשבת במנוחה, שקט במיוחד, ותרן, שאפתן, צנוע, אוהב לעזור ועוד).

ציין/י את נקודות החוזק והכוחות של הילד:

ציין/י את קשייו העיקריים של הילד ועד כמה הם משפיעים על תפקודו במסגרת גן/בי"ס



מ.ט.ל.

מרכז טיפולי לימודי



מ.ט.ל. מח' החינוך - חוף הכרמל"

מתחם ביה"ס כרם מהר"ל

ד.ג. חוף הכרמל - 30840

טלפון: 04 - 9549210 - 1 - 2

פקס: 04 - 9549214

מסגרת הגן

תאר בקצרה את התפקוד, האם היו קשיים בגן

האם קיבל עזרה מגננת שי"ח או מגורם אחר

האם נשאר שנה נוספת בגן (ציון/י הסיבה)

בית ספר
ציון האם היו קשיים בתהליך רכישת הקריאה והכתיבה

באלו מקצועות הילד מצליח בדרך כלל

באלו מקצועות הילד מתקשה במיוחד

האם מקבל עזרה בתוך ביה"ס (מורת שילוב, תוכנית אישית וכד') פרט:

מהו יחסו של הילד לקשייו



מ.ט.ל.

מרכז טיפולי לימודי



מ.ט.ל. מח' החינוך - "חוף הכרמל"
מתחם ביה"ס כרם מהר"ל
ד.ג. חוף הכרמל - 30840
טלפון: 04 - 9549210 - 1 - 2
פקס: 04 - 9549214

תאור מצבו החברתי של הילד

תודה על שיתוף הפעולה!