



שאלון להורים

פרטים אישיים:

שם משפחה _____ שם הילד _____ ת.ז. _____ ת.לידה: _____

כתובת _____ טלפון _____ נייד _____

מייל- _____

הגורם המפנה _____

סיבת ההפניה _____

משפחה:

שם האם _____ גיל _____ עיסוק/מקצוע _____ ארץ לידה _____

שנת עליה _____ מצב משפחתי _____ יד מועדפת _____

שם האב _____ גיל _____ עיסוק/מקצוע _____ ארץ לידה _____

שנת עליה _____ מצב משפחתי _____ יד מועדפת _____

ילדים במשפחה (כולל הילד המופנה):

שם הילד	מין	ת.לידה	מסגרת לימודית	טיפולים בעבר ובהווה (רפואי/ רגשי/אחר)

מאפייני הילד (התנהגות, תכונות, יחסים במשפחה, תחומי עניין, כוחות, חולשות וכו') _____

רקע התפתחותי :

מהלך ההריון ומשך ההריון _____

אופן הלידה (אם היו קשיים בזמן או אחרי הלידה ציין) _____

הרגלי אכילה ושינה בינקות _____

כיצד הייתה ההתפתחות המוטורית שלו (זחילה, ישיבה, הליכה, טיפוס, ריצה)? _____

התפתחות שפה ושמיעה וראייה

מתי החל לדבר מילים ראשונות _____

מתי החל להרכיב משפטים _____

האם קיימים קשיי שפה _____

האם סבל מדלקות אוזניים חוזרות _____

מתי נערכה בדיקת שמיעה לאחרונה, מהם ממצאיה _____

מתי נערכה בדיקת ראייה לאחרונה? מה הם ממצאיה _____

האם מוסח כאשר עומד בפני מבחר של גרווי ראייה (לדוגמא בחנות) _____

האם ילדך נוטל תרופות באופן קבוע ? כן / לא , איזה? _____

כיצד השתלב במעבר למעון / גן / ביי"ס ? _____

כיצד מרגיש בגן / ביי"ס? האם הולך ברצון? _____

מהו מצבו החברתי והלימודי במערכת בה נימצא? _____

באיזו מידה עצמאי _____

האם היו במשפחה או בסביבת הילד אירועים שיכלו לדעתך להשפיע על הילד (כמו: מחלות, אשפוזים, מעבר דירה, גרושים, מוות ועוד) ? _____

הערות (כל דבר שנראה לך חשוב ולא בא לידי ביטוי בשאלון) : _____

ויסות חושי (תגובת הילד לגרייה חושית) : סמן X בטור המתאים בהתייחס לילדך :

אף פעם	לעיתים רחוקות	לפעמים	בדרך כלל	תמיד	התייחסות התפתחותית
					האם ילדך נמנע ממגע
					האם ילדך נמנע/מפחד כשמניפים אותו/מקפצים
					האם ילדך נמנע מנשיקות וחיבוקים
					האם ילדך נמנע ממקלחות/חפיפה ורחיצת פנים
					האם ילדך נמנע מפעילות גופנית/נדנדות/סולמות
					האם ילדך נמנע מסוגי בדים או בגדים שונים
					האם תווית הבגד מפריעה לילדך
					האם מתקשה להתרגל לחילופי ביגוד בעונות
					האם נמנע ממגע עם חומרים שונים
					האם רגיש לאור
					האם נבהל מרעשים חזקים (בלנדר, שואב אבק)
					האם אוהב להתלכלך

תנועה ושרירים

האם ילדך :

מעדיף / נמנע מלהיות מורם באוויר _____
מעדיף / נמנע משימוש במתקנים במגרש משחקים (טיפוס, נדנוד, סיבובים) _____

האם מופיעות בחילות, הקאות, כאבי ראש בנסיעה _____

האם יורד במדרגות בחופשיות _____

האם ניתקל רבות בחפצים, נוטה ליפול, להיחבל בפנים _____

האם מתעייף בקלות _____

האם מחזיק חפצים בצורה חזקה / רפה (מרבח להפיל חפצים) _____

האם מתעסק בקלות עם חפצים קטנים _____

עצמאות וחברה

האם ילדך עצמאי ברחצה _____ היגיינה אישית (ידיים, שיניים, שירותים) _____

עצמאי בלבוש (בהתאם לגילו) _____ עצמאי באכילה (כולל שימוש בסכין ומזלג) _____

אוכל בצורה מגושמת (מלכלך את עצמו והסביבה) _____

נהנה לשחק עם חברים בני גילו, או מעדיף לשחק לבדו או עם שכבת גיל אחרת _____

מעסיק עצמו במשחק חופשי _____

מהן הפעילויות המועדפות עליו _____

מה הם התחומים החזקים של ילדך? _____

כל מיידע שלא בא לידי ביטוי בשאלון ונראה לך משמעותי בחיי הילד _____

שם ממלא השאלון _____

**תודה על שיתוף הפעולה
צוות חוות גאלופה**