תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**שאלון להורים פנייה לקבוצת מוכנות לכיתה א** –

**אנו שמחים על פנייתכם לקבוצת מוכנות לכיתה א' עבור ילדכם. המידע המועבר בשאלון הוא לצרכי בדיקת התאמת הילד/ה לקבוצה. המידע לא מועבר לשום גורם אחר. ילדים אשר לא יכנסו לקבוצה – השאלון יגרס.**

**סיבת הפנייה לקבוצת מוכנות לכיתה א'**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מה הציפיות שלכם מהקבוצה?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטים אישיים של הילד/ה**

שם משפחה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_כתובת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-

מספר טלפון אמא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מספר טלפון אבא \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מספר הגן ושם הגננת\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי המשפחה:**

שם האם\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת . לידה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיסוק\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצב משפחתי : נשואה / פרודה / גרושה / אלמנה / רווקה

שם האב\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת . לידה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ עיסוק\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מצב משפחתי : נשואה / פרודה / גרושה / אלמנה / רווקה

**ילדי המשפחה :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם** | **מין** | **גיל** | **מסגרת חינוכית** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

מהלך ההיריון: תקין / לא תקין. אם לא , פרט\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מהלך הלידה : תקין / לא תקין. אם לא , פרט\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

באיזה שבוע של הריון נולד/ה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משקל הלידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מחלות וסיבוכים לאחר הלידה \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תאר את אופיו/ה של הילד/ה כתינוק/ת: בכיין / צעקן / רגוע / ערני/ פעיל / שקט או אחר \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם היו קשיים באחד מתחומי ההתפתחות )רכישת שפה/ מוטוריקה גסה או עדינה/ אכילה/ גמילה(? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם התעוררו קשיים בעבר או כיום בשינה? (עובר למיטת הוריו , מתקשה להירדם במיטתו, מתעורר לעיתים קרובות בלילה,חלומות וכדומה) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם הילד/ה הולך/ת לחוגים/ נפגש/ת עם חברים בשעות אחר הצהריים? האם מראה רצון להזמין חברים או להיות מוזמן/ת? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מה אוהב ילדכם לעשות/לשחק בשעות הפנאי? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מה אתם אוהבים לעשות עם ילדכם יחד?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

האם ילדכם מקבל היום או קיבל בעבר סיוע מגורמי טיפול ) פסיכולוג / עובדת סוציאלית / מרפאה בעיסוק / קלינאית תקשורת / פיזיותרפיסט / גננת שי " ח / נוירולוג / רופא התפתחותי)? אם כן, פרט: משך הטיפול , התקדמות במהלך הטיפולים, המלצות להמשך וכדומה

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**תפקוד התפתחותי ולימודי:**

האם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה כיום באחד התחומים הבאים? אנא סמנו **X** ופרטו:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **התחומים** | **כן** | **לא** | **פרט** |
| מוטוריקה גסה: ריצה, שיווי משקל, קפיצה, סרבול מוטורי |  |  |  |
| מוטוריקה עדינה: ציור, השחלה, גזירה |  |  |  |
| שפה ודיבור: הבנה, הבעה, רצף, היגוי |  |  |  |
| אכילה: בררנות, סירוב למזונות מסוימים |  |  |  |
| הרגלי למידה- ריכוז, קשב, התמדה במשימות, אימפולסיביות |  |  |  |
| התנהגות: עצב, חרדה, פחדים, קשיי הסתגלות |  |  |  |
| עצמאות יום יומית: צחצוח שיניים, לבוש, התארגנות בוקר |  |  |  |
| קבלת סמכות וגבולות |  |  |  |
| ויסות רגשי: יכולת לדחות סיפוקים, התמודדות עם תסכול, פרידה מהורים |  |  |  |
| ויסות חושי: האם ישנה רגישות/ הימנעות או חיפוש מוגבר באחד החושים? (מגע, שמיעה, ראייה, תנועה, ריח וטעם) |  |  |  |

**אנא שימו לב שעניתם על כל הפריטים.**

**בעת הפנייה, יש לצרף לשאלון זה שאלון גננת.**

**במידה וישנם דו"חות אבחון או סיכומי טיפולים, נבקש להביא עמכם עותקים לפגישת הכרות**