

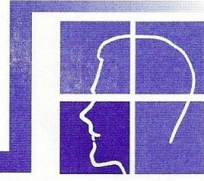


החברה העירונית, ראשל"צ  
לתרבות, ספורט ונופש



עיריית ראשון-לציון  
אגף שירותי פרט  
השירות הפסיכומי החינוכי

שירות פסיכולוגי משלים



שפ"מ

תאריך: \_\_\_\_\_

שאלון להורים

חלק א' – פרטים אישיים

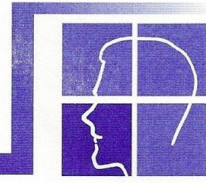
ת.ז של הילד: \_\_\_\_\_ שם הילד: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_  
 ביה"ס: \_\_\_\_\_ כיתה: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
 שם ההורה: \_\_\_\_\_  
 מקצוע: \_\_\_\_\_ מקום העבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_  
 שם ההורה: \_\_\_\_\_  
 מקצוע: \_\_\_\_\_ מקום עבודה: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_

סיבת ההפניה:

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

הילד חי עם הוריו/אמו בלבד/אביו בלבד/אחר: \_\_\_\_\_  
 אם לא עם שני הוריו, הסיבה היא: הורים נפרדו/הורה יחידני/האם נפטרה/האב נפטר/אחר:

\_\_\_\_\_ האם הילד יליד הארץ? כן/לא  
 אם לא מהי ארץ המוצא: \_\_\_\_\_ כמה שנים בארץ: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ השפה המדוברת בבית:  
 \_\_\_\_\_ שפות נוספות:



ילדי המשפחה:

שם	תאריך לידה	כיתה/ביה"ס

המצב הכלכלי של המשפחה: נמוך מהממוצע/ממוצע/מעל לממוצע  
האם המשפחה נמצאת בקשר עם המחלקה לשירותי רווחה? כן/לא  
אם כן, שם העובדת הסוציאלית: \_\_\_\_\_

חלק ב' – רקע התפתחותי

1. הריון ולידה:

האם היו אירועים חריגים במהלך ההריון ו/או הלידה? כן/לא  
אם כן פרטו: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

באיזה שבוע להריון נולד: \_\_\_\_\_ סוג הלידה: \_\_\_\_\_  
משקל בלידה: \_\_\_\_\_ האם הייתה מצוקת עובר? כן/לא  
האם היה חוסר חמצן בלידה? כן/לא

2. התפתחות מוטורית:

באיזה גיל החל ללכת \_\_\_\_\_ האם זחל \_\_\_\_\_ איזה סוג זחילה \_\_\_\_\_  
האם היו קשיים בהתפתחות המוטורית? כן/לא  
אם כן האם אובחן ו/או טופל ע"י פיזיותרפסטית או מרפאה בעיסוק? כן/לא  
אם כן, מתי? \_\_\_\_\_ . ע"י מי? \_\_\_\_\_ .  
מה היו המסקנות וההמלצות:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

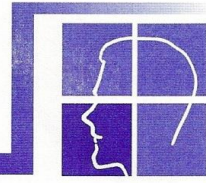


התורה העירונית, ראשון-צ  
לתרבות, ספורט ונופש



עיריית ראשון-לציון  
אגף שירותי פרט  
השירות הפסיכולוגי החינוכי

שירות פסיכולוגי משלים



שפ"מ

**3. התפתחות שפתית:**

- באיזה גיל החל לדבר? \_\_\_\_\_  
האם היו קשיים בהתפתחות השפה, כמו: \_\_\_\_\_
- התפתחות איטית של השפה כן/לא פרט: \_\_\_\_\_  
גמגום כן/לא פרט: \_\_\_\_\_
- שיבושי הגוי כן/לא פרט: \_\_\_\_\_
- אחר: \_\_\_\_\_  
אם כן אם אובחן ו/או טופל ע"י קלינאית תקשורת? כן/לא  
ע"י מי? \_\_\_\_\_  
מה היו המסקנות וההמלצות: \_\_\_\_\_

---



---



---



---



---



---



---



---

האם הקושי מופיע כיום? כן/לא  
אם כן, באיזו תדירות?

**4. מהלך לימודיו בבתי הספר:**

בכיתות	בביה"ס	ישוב

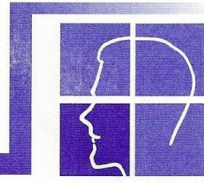


החברה העירונית, ראשל"צ  
לתרבות, ספורט ונופש



עיריית ראשון-לציון  
אגף שירותי פרט  
השירות הפסיכומי החינוכי

שירות פסיכולוגי משלים



שפ"מ

האם נשאר שנה נוספת בגן? כן/לא

האם נשאר שנה נוספת בכיתה? כן/לא אם כן באיזו כיתה? \_\_\_\_\_

מה היו הסיבות לכך? (כגון חיסורים בשל מחלה, ביקור בלתי סדיר, חוסר בשלות, פיגור לימודי וכו')

---



---

5. האם ידוע לכם על בני משפחה (מורחבת או מצומצמת) שסבלו או סובלים מקשיי

למידה? כן/לא פרט:

---



---

חלק ג' – מצב בריאות

האם קיימות בעיות בריאותיות. כן/לא

אם כן, פרטו וצרפו אישור רפואי \_\_\_\_\_

האם קיים מום גופני? כן/לא אם כן פרטו: \_\_\_\_\_

האם קיים ליקוי בשמיעה? כן/לא אם כן פרטו: \_\_\_\_\_

האם אושפז/ה בעבר בבית"ח? כן/לא אם כן באיזה גיל: \_\_\_\_\_

לאיזו תקופה? \_\_\_\_\_ סיבת האשפוז: \_\_\_\_\_

האם קיימות בעיות רפואיות אחרות? כן/לא פרטו: \_\_\_\_\_

האם יש במשפחה מחלות כרוניות או תופעות יוצאות דופן? (פיגור, מחלות נפש וכד')

כן/לא. אם כן פרטו:

---



---



---

האם סובלת/מנדודי שינה? כן/לא. אם כן

פרטו:

---



---

האם סובל מקשיי הרדמות? כן/לא. אם כן

פרטו:

---



---

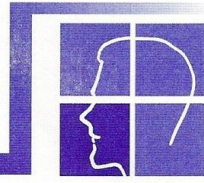


החברה העירונית, ראשל"צ  
לתרבות, ספורט ונופש



עיריית ראשון-לציון  
אגף שירותי פרט  
השירות הפסיכולוגי החינוכי

שירות פסיכולוגי משלים



שפ"מ

**חלק ד' – סדר יום ויחסים במשפחה.**

באיזו שעה קמ/ה בבוקר? \_\_\_\_\_.

האם מתארגנת/ת בבוקר באופן עצמאי? כן/לא. אם לא תארו לאיזו עזרה נזקקת?

\_\_\_\_\_.

עיסוק בשעות הפנאי ותחביבים: \_\_\_\_\_.

האם מבקר בחוגים? כן/לא אם כן איזה? \_\_\_\_\_.

כיצד אתם רואים את מצבו החברתי?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**האם התלמיד/ה עבר/ה בדיקה פסיכולוגי? סמן + במקום המתאים.**

1. ( ) לא.

2. ( ) כן, היכן? \_\_\_\_\_ . בתאריך: \_\_\_\_\_.

נא לצרף דו"ח או טופס ויתור סודיות לקבלת חוות דעת מהפסיכולוג הבודק.

**האם התלמיד/ה עבר/ה בדיקה דיסקטית? (אבחון קשיי למידה)**

1. ( ) לא.

2. ( ) כן, היכן? \_\_\_\_\_ . בתאריך: \_\_\_\_\_.

נא לצרף דו"ח או טופס ויתור סודיות לקבלת ממצאי האבחון.

**קשיים בלמידה אצל התלמיד/ה.**

1. ( ) קריאה, פרט: \_\_\_\_\_.

2. ( ) כתיבה, פרט: \_\_\_\_\_.

3. ( ) חשבון, פרט: \_\_\_\_\_.

4. ( ) אחר, פרט: \_\_\_\_\_.

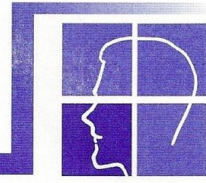


החברה העירונית, ראשל"צ  
לתרבות, ספורט ונופש



עיריית ראשון-לציון  
אגף שירותי פרט  
השירות הפסיכומי החינוכי

שירות פסיכולוגי משלים



**שפ"מ**

רקע התנהגותי חברתי וכו'

באיזו מידה קיימות התופעות הבאות:

קושי במידה מועטה. 1	2	3	קושי במידה רבה. 4	
				קשיים בקשב וריכוז
				קשיים בתחום החברתי
				קשיים בתחום ההתנהגותי
				מוטיבציה ללמידה

הערות נוספות:

---



---



---



---



---



---

אי החזרת השאלון במועד תחשב כביטול פנייתכם לשירות הפסיכולוגי.

הערה: כל ההמלצות טעונות אישור המועצה הפדגוגית של התיכון.

תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

שם ההורים: \_\_\_\_\_

חתימת ההורים: \_\_\_\_\_