



שפ"מ
שירות פסיכולוגי משלים

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 (נא להקיף בעיגול)
 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 פיזיותרפיסטית או מרפאה בעיסוק? כן/לא
אם כן, מתי? _____ ע"י מי? _____



שפ"מ
שירות פסיכולוגי משלים

מה היו המסקנות וההמלצות:

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

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 בריאותי

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 סובל/ת מנדודי שינה? כן/לא. אם כן
 פרטו: _____

האם סובל מקשיי הרדמות? כן/לא. אם כן
 פרטו: _____

חלק ד' – סדר יום ויחסים במשפחה.

באיזו שעה קמה בבוקר? _____ .

האם מתארגנת 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 דיזקטית? (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: _____ .

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 למידה



שפ"מ
שירות פסיכולוגי משלים

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 הורה 1: _____ חתימת הורה 2: _____

תאריך: _____

אישור לביצוע טיפול / אבחון בשפ"מ ראשון לציון

שם הילד	שם משפחה	ת.לידה	ת.ז.

אנו הח"מ מאשרים לפסיכולוג/מטפל/מאבחן _____ לערוך טיפול/אבחון לבננו/בתנו.

שם ההורה _____
ת.ז. _____
חתימה _____

שם ההורה _____
ת.ז. _____
חתימה _____

במידה וחותם הורה אחד, הנני מתחייב ליידע את ההורה השני.

במידה וההורים פרודים/גרושים, יש צורך לקבל חתימת שני ההורים.