



**שאלון למחנך/יועצת ביה"ס – לקראת טיפול**

תאריך: \_\_\_\_\_

\* ("לצורך התאמת טיפול ומטפל מיטביים יש צורך במילוי הפרטיים האישיים, עם זאת לפי חוק אין חובה למסור פרטים אישיים").

**הערה:** השאלון כמס' ולפיכך יועבר במעטפה סגורה למרכז הטיפול דימונה. כמו כן, במידה וישנו גורם נוסף המכיר את הילד הכרות מעמיקה (פסיכולוג ביה"ס/ יועצת ביה"ס/ מורת חינוך מיוחד), יש למלא יחד עימם את השאלון.

**א. פרטי התלמיד:**

שם משפחה	שם פרטי	ז / נ	שם האב	שם
האם				

כתובת	תאריך מילוי הטופס
-------	-------------------

שם בית הספר	הכתה	שם המחנך
-------------	------	----------

טלפון ביה"ס: \_\_\_\_\_ טלפון מורה: \_\_\_\_\_

אנשי קשר רלוונטיים נוספים (יועצת/ פסיכולוג ביה"ס/ מורת שילוב וכו')-

שם: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

שם: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

**ב. סיבת הפניה:**

1. מי יזם את הפניה? \_\_\_\_\_



2. סיבת הפניה?

אנא ציין את מידת ההיכרות שלך עם התלמיד

3. תיאור קשיי התלמיד (תאר את נסיבות הופעת הקושי, ממתי החל הקושי ופרט אירועים הממחישים אותו)

### הערכת הישגים ויכולת

1. בהשוואה להישגי הכיתה, הישגיו של הילד (סמן בעיגול):

חלשים מאד / חלשים / למטה מבינוניים / בינוניים / טובים / טובים מאד / מצוינים.

2. תאר את שליטתו של הילד במקצועות היסוד:

א – קריאה:

ב – כתיבה:

ג – חשבון:

3. מהו המקצוע האהוב על התלמיד, או המקצוע בו הוא טוב יותר? ומדוע לדעתך?

4. מקצועות לימוד אחרים ותפקוד הילד בהם:



### תקשורת חברתית

1. מידת ומהות הקשר של הילד בחברת הילדים בבית הספר:

---

---

2. הקשר שיוצר הילד עם דמויות המבוגרים בבית הספר:

---

---

3. מידת הקשר של המחנכות עם הורי הילד:

---

---

### התנהגות הילד בבית הספר

תאר את בעיות ההתנהגות של הילד, תכיפותך, חריפותך, וצרף דוגמאות אם ישנן. (התייחס לתופעות כמו: היעדרויות, איחורים, קשיי ריכוז, תוקפנות, שעמום, התפרצויות, זעם, ביישנות, עקשנות, שקר, גניבה, אוננות, תלותיות, חוסר בטחון, בכיינות וכד')

---

---

---

---

---

---



## סיכום

1. התחום המרכזי בו מתמקדות בעיות הילד:

---

---

2. תחומי האישיים כמורה/יועצת כלפי הילד:

---

---

3. הדרכים בהן טופלה הבעיה במסגרת הכיתה:

---

---

4. הערות נוספות:

---

---

---

---

שם ממלא הטופס: \_\_\_\_\_

תפקיד \_\_\_\_\_

מספר טלפון נייד \_\_\_\_\_

בתודה על שיתוף הפעולה

המרכז לטיפול פסיכולוגי בילדים ונוער דימונה