



מועצה מקומית אזור  
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי  
רח' משה שרת 73 אזור 58006  
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069  
דוא"ל: [psyazur53@gmail.com](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

הורים יקרים ,  
במסגרת ההיערכות לקראת שנה"ל הבאה נשמח אם תשיבו לשאלון זה בכנות רבה על מנת  
לאפשר לנו מידע על ילדכם. מידע זה יסייע לנו בהערכת מוכנותו למעבר לבית הספר.  
בברכה,  
צוות השפ"ח

### שאלון הורים לקראת הערכת מוכנות לכיתה א'.

#### פרטים אישיים של הילד

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_ מס' טלפון: \_\_\_\_\_

שם הגן: \_\_\_\_\_ תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

#### פרטי המשפחה

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת. לידה: \_\_\_\_\_ מס' שנות לימוד: \_\_\_\_\_

עיסוק: \_\_\_\_\_ מצב בריאותי: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: נשוי / פרוד / גרוש / אלמן / רווק / אחר

שם ההורה: \_\_\_\_\_ ת. לידה: \_\_\_\_\_ מס' שנות לימוד: \_\_\_\_\_

עיסוק: \_\_\_\_\_ מצב בריאותי: \_\_\_\_\_

מצב משפחתי: נשוי / פרוד / גרוש / אלמן / רווק / אחר

#### ילדי המשפחה

שם	מין	תאריך לידה	מסגרת חינוכית	קשיים רפואיים/ התפתחותיים (שפה, מוטוריקה גסה ועדינה) התנהגותיים/ לימודיים/ קשב וריכוז
1				



מועצה מקומית אזור  
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי  
רח' משה שרת 73 אזור 58006  
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069  
דוא"ל: [psyazur53@gmail.com](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

					2
					3
					4
					5

### רקע התפתחותי

משקל הלידה: \_\_\_\_\_ באיזה שבוע של ההריון נולד/ה: \_\_\_\_\_

מהלך ההריון והלידה: תקין / לא תקין

אם לא, פרט: \_\_\_\_\_

מחלות וסיבוכים לאחר הלידה: \_\_\_\_\_

**תקופת החיים הראשונה:**  
תאר את מזגו של התינוק (בכיין / רגוע / ערני / פעיל / או אחר): \_\_\_\_\_

### **התפתחות מוטורית:**

באיזה גיל זחל: \_\_\_\_\_ הלך באופן עצמאי: \_\_\_\_\_ האם לדעתכם היו קשיים

בהתפתחות המוטורית (גסה / עדינה): \_\_\_\_\_

### **התפתחות שפתית:**

באיזה גיל החל לומר מילים ראשונות בגיל: \_\_\_\_\_ להרכיב משפטים: \_\_\_\_\_

האם הילד מגלה קשיים בהבעת שפה או בהבנה מילולית? \_\_\_\_\_



מועצה מקומית אזור  
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי  
רח' משה שרת 73 אזור 58006  
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069  
דוא"ל: [psyazur53@gmail.com](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

### תקשורת:

תאר את היחסים עם בני גילו:

### שינה:

האם קיימים קשיים בשינה, היום או בעבר? (עובר למיטת הוריו, מתקשה להירדם במיטתו, מתעררר לעיתים קרובות בלילה וכדומה):

אשפוזים ובירורים רפואיים בעבר : כן / לא

אם כן פרט:

מצב בריאותי נוכחי:

האם הילד מקבל תרופות באופן קבוע: כן / לא

אם כן, אלו?

נעשתה בדיקת ראייה: כן / לא פרט:



מועצה מקומית אזור  
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי  
רח' משה שרת 73 אזור 58006  
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069  
דוא"ל: [psyazur53@gmail.com](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

נעשתה בדיקת שמיעה: כן / לא פרט:

### תפקוד התפתחותי ולימודי

א. אם הנכם מתרשמים שילדכם מתקשה / התקשה באחד התחומים המפורטים, אנא סמנו

X ופרטו

פרט	לא	כן	תחומים
			מוטוריקה גסה (ריצה, שיווי משקל, קפיצה, סרבול מוטורי וכדומה)
			מוטוריקה עדינה (ציור, השחלה, גזירה וכדומה)
			שפה ודיבור (הבנה, הבעה, רצף, היגוי)
			ריכוז, קשב, התמדה במשימות, אימפולסיביות
			יצירת קשרים חברתיים תואמי גיל
			התנהגות (עצב, חרדה, פחדים, תנועתיות יתר, קשיי הסתגלות)
			עצמאות יום יומית (צחצוח שיניים, לבוש, התארגנות לגן)
			משחק (בצעצועים, עם הוריו, אחיו, חברים)
			קבלת סמכות וגבולות



מועצה מקומית אזור  
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי  
רח' משה שרת 73 אזור 58006  
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069  
דוא"ל: [psyazur53@gmail.com](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

			ויסות רגשי (יכולת לדחות סיפוקים, להתמודד בעת תסכול)
			פרידה מן ההורים (במסגרת הגן, בבית)
			רגישויות (למגע, ריח, קולות)
			אחר

תחביבים או חוגים שילדכם משתתף בהם: \_\_\_\_\_

האם לדעתכם ילדכם מוכן להתמודדות (לימודית, רגשית, חברתית) במסגרת כיתה א' \_\_\_\_\_

נמקו: \_\_\_\_\_

ב. האם ילדכם קיבל סיוע מגורם טיפולי? אם כן, הקף בעיגול ופרט (משך הטיפול, התקדמות

במהלך הטיפולים וכדומה): פסיכולוג / עובדת סוציאלית / מרפאה בעיסוק / קלינאית

תקשורת / פיזיותרפיסט / גנת שי"ח / נירולוג / רופא התפתחותי וכדומה

פרט: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ג. האם יש דברים נוספים שברצונכם לציין? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



מועצה מקומית אזור  
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי  
רח' משה שרת 73 אזור 58006  
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069  
דוא"ל: [psyazur53@gmail.com](mailto:psyazur53@gmail.com)  
פורטל החינוך: [www.azor.org.il](http://www.azor.org.il)



---

מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

אנא הסבירו את עמדתכם לגבי השארות שנה נוספת של ילדכם בגן:

---

---

#### חתימת ההורים

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_ חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

**תודה על תשומת הלב ומילוי השאלון**