

# השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



## שאלון הפניה לפסיכולוג בית הספר

חשוב לענות על כל אחת מן השאלות. במידה והמידע המבוקש לא ידוע או לא זכור- יש לציין זאת.

תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_

### פרטים מזהים של הילד המופנה:

|               |       |              |       |
|---------------|-------|--------------|-------|
| שם משפחה:     | _____ | שם פרטי:     | _____ |
| תאריך עליה:   | _____ | מס' ת. זהות: | _____ |
| מקום לידה:    | _____ | תאריך לידה:  | _____ |
| כתובת:        | _____ | טלפונים:     | _____ |
| שם האם:       | _____ | שם האב:      | _____ |
| לומד/ת בכיתה: | _____ | בית ספר/גן:  | _____ |

סיבת הפניה הנוכחית: תיאור קשייו של הילד: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### האם נשאר שנה נוספת כן/לא אם כן מתי?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### מה היו הסיבות לכך?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

כמה זמן קיימת הבעיה/הקשיים? \_\_\_\_\_

האם לדעתכם הבעיה הנוכחית הופיעה בעקבות אירוע שאתם יכולים להצביע עליו? אם כן פרט:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

האם חלו שינויים כלשהם בסביבת הילד לאחרונה? \_\_\_\_\_

האם וכיצד הגיב הילד למצב לחץ זה? \_\_\_\_\_

### שליטה במקצועות יסוד:

שיטות שנוסו להוראת הקריאה (נא ציין האם לומד בשיטה של הכתה):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# השירות הפסיכולוגי חינוכי

## חבל יבנה



**רמת קריאות** (קריאה בקול של קטע מנוקד שאינו מוכר לו, כמות השיבושים מהירות הקריאה):

---

---

**הבנת הנקרא:** (של טקסט ברמת כיתתו: הבנת רעיון מרכזי, קישור פרטים לרעיון המרכזי, סיבה ותוצאה, הסקת מסקנות, איזו רמת טקסט הוא מבין היטב):

---

---

**הבנת הנשמע:** (הבנה של חומר הנלמד בכיתה כאשר ברור שהוא מקשיב):

---

---

**כתיבה:** (עיצוב האותיות, הלחץ של העיפרון על הנייר, האם הכתב קריא, מהירות הכתיבה בהעתקה מהלוח ובהכתבה):

---

---

**רמת חשבון:** (באיזה מידה שולט בכל אחת מפעולות היסוד: חיבור, חיסור, כפל וחילוק, האם פותר בעיות מילוליות, האם מסוגל לפתור בעיות חיבור וחיסור בגבול 10,20,30 בראש מבלי להיעזר בדף נייר? וכד')::

---

---

**התארגנות:** (איך מתארגן ובאיזה מהירות בהוצאת ספרים ומחברות מהילקוט, במילוי דף עבודה, בהעתקה מהלוח, האם השולחן שלו מסודר?)  
**הכנת שיעורי בית סדירה/ לא סדירה:**

---

---

**הישגים לימודיים:**

| מקצוע | שפה | חשבון | מדעים | אנגלית | נוספים: | ציון |
|-------|-----|-------|-------|--------|---------|------|
|       |     |       |       |        |         |      |

# השירות הפסיכולוגי חינוכי

## חבל יבנה



### סיוע לימודי – תכנית הכלה:

| תחום   | מספר שעות פרטניות שבועיות | ממתי עד מתי | סוג שעות פרטניות / קבוצתיות | תכנית לימודים מותאמת | התאמות בדרכי ההבחנות (פרט) | התאמות במשימות בכתה (פרט) | התאמות במשימות בבית (פרט) |
|--------|---------------------------|-------------|-----------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|---------------------------|
| שפה    |                           |             |                             |                      |                            |                           |                           |
| חשבון  |                           |             |                             |                      |                            |                           |                           |
| מדעים  |                           |             |                             |                      |                            |                           |                           |
| אנגלית |                           |             |                             |                      |                            |                           |                           |

**תיאור ההתקדמות:** מהירה מאוד | מהירה | קצב משיע רצון | איטית | איטית ביותר  
**שיתוף הפעולה:** בעל מוטיבציה רבה | לרוב משתף פעולה | משתף פעולה חלקית | בעל מוטיבציה נמוכה

### ברשימה להלן, סמן לגבי כל פריט באיזה מידה הוא מתאר את התנהגות הילד בתקופה האחרונה:

| הרבה מאד | הרבה | במקצת | בכלל לא |  |
|----------|------|-------|---------|--|
|          |      |       |         | 1. חסר מנוחה, פעילות יתר                     |
|          |      |       |         | 2. מתרגש בקלות, פזיז                         |
|          |      |       |         | 3. מפריע לילדים אחרים (בבית, בכיתה)          |
|          |      |       |         | 4. לא מצליח לסיים דברים שהתחיל, תחום קשב קצר |
|          |      |       |         | 5. כל הזמן מתנועע במקום                      |
|          |      |       |         | 6. מפוזר, בקלות ניתן להסיח את דעתו           |
|          |      |       |         | 7. דורש סיפוק מיידי, לא סובל תסכול           |
|          |      |       |         | 8. בוכה בקלות ולעתים קרובות                  |
|          |      |       |         | 9. מצב רוח משתנה מהר ובאופן קיצוני           |
|          |      |       |         | 10. התפרצויות זעם, התנהגות שלא ניתן לצפות    |

# השירות הפסיכולוגי חינוכי

## חבל יבנה



**להערכתכם, הילד באופן כללי נתון ב: (סמנו במקום המתאים)**

| הרבה מאד | הרבה | במקצת | בכלל לא | פרט |  |              |
|----------|------|-------|---------|-----|--|--------------|
|          |      |       |         |     |  | 1. מתח       |
|          |      |       |         |     |  | 2. עצב       |
|          |      |       |         |     |  | 3. חרדה      |
|          |      |       |         |     |  | 4. רוגז, כעס |

**האם הילד/ה מציג את ההתנהגויות הבאות:**

| כן/לא | תכיפות | פרטים                    |
|-------|--------|--------------------------|
|       |        | היעדרות תכופה מבית הספר  |
|       |        | איחורים תכופים לבית הספר |
|       |        | מפריע בשיעורים           |
|       |        | תוקפנות מילולית          |
|       |        | תוקפנות פיזית            |
|       |        | התפרצויות זעם            |
|       |        | ביישנות יתר              |
|       |        | בכיינות                  |
|       |        | עקשנות                   |
|       |        | תלותיות                  |
|       |        | שקרים                    |
|       |        | גניבה                    |
|       |        | ליקויי דיבור             |
|       |        | התנהגות מינית לא הולמת   |

**תפקוד התלמיד/ה בתחום חברתי: (הקיפו היגד מתאים)**

מתבודד / נדחה / מקיים יחסים / מקיים יחסים / מקובל / מקובל / מנהיג / מנהיג  
 חברתיים קלושים / חברתיים תקינים / מאוד / חיובי/שלילי

**תאר בפרטים נוספים את מצבו החברתי:**

רקע רפואי(איחור התפתחותי, מחלות קשות, מומים גופניים, לקויות ראייה או שמיעה):

---



---



---

האם התלמיד היה ביעוץ או אבחון פסיכולוגי קודם. אם כן היכן ומה היו ההמלצות?

---



---



---

# השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



מעורבות התלמיד/ה בפרויקטים בית ספריים / מועצת התלמידים / תכניות מיוחדות וכדומה:

---

---

---

תחומי החוזק של התלמיד/ה:

---

---

---

הערות נוספות:

---

---

---

מהן הצעותיך לפתרון בעיותיו של התלמיד(מסגרות עזר ותמיכה בבית הספר, טיפול פסיכולוגי, יעוץ הורי והדרכה לצוות בית הספר):

---

---

---

הוראה מתקנת:

|  |
|--|
| למילוי ע"י המורה להוראה מתקנת – מס' שעות שבועיות _____ פרטני / בקבוצה                    |
| נושאי העבודה: _____  |
| תאור ההתקדמות: מהירה מאוד   מהירה   קצב משביע רצון   איטית   איטית ביותר                 |
| שיתוף הפעולה: בעל מוטיבציה רבה   לרוב משתף פעולה   משתף פעולה חלקית   בעל מוטיבציה נמוכה |
| שם המורה: _____ חתימה: _____   |
| המלצות: _____  |

|             |        |
|-------------|--------|
| שם המחנכ/ת: | חתימה: |
|-------------|--------|

# השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה



- למילוי ע"י היועצת והמנהלת:  
האם המשפחה מוכרת ברווחה?

---



---

נתונים משמעותיים על הרקע המשפחתי (מצב כלכלי, מצב רפואי של בני המשפחה, קונפליקטים משפחתיים, גרושים וכדומה):

---



---

אילו מגעים היו עם המשפחה עד כה וכיצד המשפחה משתפת פעולה עם ביה"ס/הגן?

---



---

התערבויות קודמות:

| מסמך בידי בית הספר | פירוט | תאריך<br>הבדיקה/טיפול |                        |
|--------------------|-------|-----------------------|------------------------|
|                    |       |                       | פסיכולוג               |
|                    |       |                       | טיפול רגשי             |
|                    |       |                       | פסיכיאטר               |
|                    |       |                       | רופא                   |
|                    |       |                       | התפתחותי               |
|                    |       |                       | נירולוג                |
|                    |       |                       | הוראה                  |
|                    |       |                       | מתקנת                  |
|                    |       |                       | שילוב בחינוך<br>המיוחד |
|                    |       |                       | ועדת החלטה             |
|                    |       |                       | ועדת התמדה             |

הערות נוספות:

המלצות:

|  |               |                   |
|--|---------------|-------------------|
|  | <u>חתימה:</u> | <u>שם היועצת:</u> |
|  | <u>חתימה:</u> | <u>שם המנהלת:</u> |

# השירות הפסיכולוגי חינוכי חבל יבנה

