



תאריך: _____

אישור הורים לביצוע אבחון דיסקטי במסגרת תוכנית השילוב במת"י א

לאחר שקיבלנו הסבר מפי _____ על המלצת הצוות הבין מקצועי בדבר הצורך בהערכה לקראת מתן תמיכה (הוראה מתקנת, תרפיה, קת"ק, רב"ע) במסגרת סל השילוב בביה"ס, לבני/בתי _____ .
אנו החתומים מטה, הוריו של התלמיד/ה _____ ת.ז. _____
בית ספר: _____ כיתה: _____ מאשרים פעולה זו.

=====

ויתור סודיות

לצורך הערכה, אבחון וטיפול, נדרש אישורכם להעברת מידע לצוות הטיפולי במת"י א נתניה ולמסגרת החינוכית, הרינו מוותרים בזה על חובתכם לשמירת סודיות כלפי הנ"ל.

פרטי האב	פרטי האם	
		שם ומשפחה
		מס ת.ז
		טלפון נייד
		טלפון בבית:
		כתובת:



מת"י (מרכז תמיכה יישובי) רח אצ"ל פינת לח"י נתניה ת.ד 2115 מיקוד 42120

טלפקס: 09-8324451 09-8871994 דואר אלקטרוני: matinetanya@012.net.il

חתימת האם: _____

חתימת האב: _____

טופס הפנייה לאבחון דיסקטי

שאלון להורים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז. _____ מין: ז / נ

תאריך לידה: _____ ארץ מוצא: _____ תאריך עליה: _____

כתובת התלמיד/ה: _____ בי"ס: _____ כיתה: _____

טלפון בבית: _____ נייד: _____ נייד נוסף: _____

שם האם: _____ שם האב: _____

שם הגורם המפנה: _____ תפקידו בביה"ס: _____

1. נא לפרט את הסיבות לצורך בהערכת קשיי למידה: _____

2. מתי התגלו הקשיים לראשונה? _____

3. האם התלמיד/ה עברה את הבדיקות הבאות?? חובה לצרף להפנייה מסמכים של אבחונים

קודמים.

אבחון פסיכולוגי	כן / לא	תאריך האבחון	ע"י מי נערך	האם מקבל טיפול בתחום / פרט ע"י מי נתנה התמיכה



מת"י נתניה

				אבחון דידקטי
				בדיקה פסיכיאטרית
				אבחון נוירולוגי
				ריפוי בדיבור
				ריפוי בעיסוק

4. טיפולים בעבר ובהווה: _____

5. קשר של המשפחה עם המסגרת החינוכית בה לומד התלמיד: _____

6. תפקודו/ה של הילד/ה בבית:

❖ רקע משפחתי (מס' אחים, מקומו של התלמיד ביניהם): _____

❖ קשר בין התלמיד/ה ובני משפחתו: _____

❖ קשיים מיוחדים עם התלמיד/ה בחיי היום יום: _____

❖ תעסוקת התלמיד/ה בשעות הפנאי (חוגים, תחביב וכד'): _____

❖ האם יש תופעות של קשיי למידה (כגון: בעיות שפה, קריאה, כתיבה וחשבון) אצל אנשים אחרים במשפחה? _____

7. היסטוריה של הריון והלידה: _____



מת"י (מרכז תמיכה יישובי) רח אצ"ל פינת לח"י נתניה ת.ד 2115 מיקוד 42120

טלפקס: 09-8324451 09-8871994 דואר אלקטרוני: matinetanya@012.net.il

❖ התפתחות מוטורית (ישיבה, הליכה, שימוש בידיים וכד'): _____

❖ התפתחות שפה (מתי התחיל לדבר מילים בודדות, משפטים, קשיי הגייה בעבר ובהווה וכו': _____

❖ שפות מדוברות בבית: _____
❖ רשום מהי רמת השליטה של התלמיד בשפה השניה (פרט לעברית) בתחומים הבאים:

שם השפה: _____

דיבור: כן / לא הבנה: כן / לא קריאה: כן / לא כתיבה: כן / לא

❖ המצב הבריאותי: _____

❖ האופי וסוג התגובות הרגשיות (האם רגיש במיוחד, האם זקוק לתשומת לב מרובה ומיוחדת, מגלה צורך בולט באהדה, נעלב בקלות, חרד, עקשן, בעל מרץ, עצמאי, תלוי בילדים אחרים, מנהיג בחברה, ביישן, בעל מעצורים חזקים, נמצא רוב הזמן בתנועה, אינו מסוגל לשבת במנוחה, שקט במיוחד, ותרן, שאפתן, רברבן, צנוע, אוהב לעזור, טרדן, נודניק ואם כן כלפי מי): _____

8. בגן הילדים למד/ה בגן: רגיל / מיוחד / משולב. האם היו קשיים בגן: _____

האם קיבל/ה עזרה מגננת שי"ח: _____

האם התלמיד/ה נשאר/ה שנה נוספת בגן / בביה"ס, פרט: _____



מת"י (מרכז תמיכה יישובי) רח אצ"ל פינת לח"י נתניה ת.ד 2115 מיקוד 42120
טלפקס: 09-8324451 09-8871994 דואר אלקטרוני: matinetanya@012.net.il

9. בביה"ס באים לידי ביטוי קשיים במקצועות: _____

האם התלמיד/ה מקבל/ת טיפול בביה"ס או מחוץ לביה"ס, פרט: _____

מהי לדעתך הסיבה לקשייו/ה? _____

10. היבטים וכוחות חיוביים אצל התלמיד/ה: _____

תאריך: _____ חתימת ההורים: _____

תודה על שיתוף הפעולה!