



שאלון להורים - מרכז טיפולי

תאריך: _____

שאלון להורים

פרטים על התלמיד/ה:

שם ומשפחה	מספר תעודת זהות	תאריך לידה
כתובת מגורים	טלפון בבית	טלפון נייד
שם הגן ומס' הגן	שם ומשפחה הגנת	שם ומשפחה גנת שי"ח

האם מקבלת/ה התלמיד/ה עזרה לימודית נוספת בגן? כן/ לא (מחקו את המיותר)

פרט: _____

האם מקבלת/ה התלמיד/ה עזרה לימודית נוספת אחה"צ? כן/ לא (מחקו את המיותר)

פרט: _____

האם התלמיד/ה עבר/ה את הבדיקות הבאות:

ממצא העיקרי	ע"י מי נערך	תאריך האבחון	
			בדיקת שמיעה
			בדיקת ראייה
			אבחון פסיכולוגי
			בדיקה פסיכיאטרית



מתי"א (מרכז תמיכה יישובי אזורי) רח' אצ"ל פינת לח"י נתניה ת.ד. 2115
מיקוד 42120 ס.מ. 425082 טלפקס: 09-8324451 טלפון: 09-8871994
דואר אלקטרוני: matya.netanya@matya365.org.il

			אבחון נוירולוגי
			טיפול ריפוי בעיסוק
			אחר, פרט

מוכר ע"י הרווחה: _____

מוכן במועדונית: _____

חתימת ממלא השאלון: _____ תאריך: _____