

משרד החינוך
המינהל הפדגוגי
אגף אי' חינוך מיוחד

**שאלון הפניה לוועדת זכאות ואפיון / לדיון בצוות רב-מקצועי
לתלמיד הלומד בגן (רגיל/מיוחד)**

שאלון ההפניה הוא צומת משמעותי בקבלת החלטות הנוגעות לתלמיד. יש להקפיד למלא את כל פרטי השאלון כדי שבידי הוועדה יעמדו כל הנתונים והמידע הדרושים לקבלת החלטה מיטבית, הוגנת ומקצועית בעניינו.

הגורם המפנה: _____ תאריך ההפניה: _____

פרטי התלמיד/ה (מלא את הפרטים וסמן X במשבצות המתאימות)

השם הפרטי	שם המשפחה	מס' תעודת הזהות	תאריך הלידה	המין	מס' הילדים במשפחה	מקומו של התלמיד במשפחה
				<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה		

פרטי ההורים	המצב המשפחתי ¹	הכתובת הפרטית	מס' הטלפון	הדוא"ל
שם הורה				
שם הורה				
שם האפוטרופוס				

ארץ לידה:	
תאריך עלייה:	
השפות המדוברות בבית:	

מסגרת הגן שבה הילד לומד בשנת הלימודים הנוכחית והמגזר שאליו הגן משתייך

(יש לסמן את התשובות המתאימות):

<input type="checkbox"/> מעון	<input type="checkbox"/> גן טרום חובה	<input type="checkbox"/> גן רב-גילי	<input type="checkbox"/> גן חובה	<input type="checkbox"/> גן לחינוך מיוחד	<input type="checkbox"/> גן רגיל	<input type="checkbox"/> אחר
-------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------	------------------------------

<input type="checkbox"/> ממלכתי	<input type="checkbox"/> ממלכתי-דתי	<input type="checkbox"/> מוכר שאינו רשמי
---------------------------------	-------------------------------------	--

שם הגן:	סמל מוסד:
כתובת הגן:	מס' הטלפון בגן:

¹ אם ההורים גרושים או חיים בנפרד, יש לציין זאת בצירוף כתובתו של ההורה השני, אם היא ידועה.

שם מנהל הגן (ממלאת השאלון):	תאריך מילוי השאלון:
פרטי התקשרות עם ממלא השאלון (דוא"ל/טלפון)	

- התלמיד מבקר בגן זה: שנה ראשונה שנה שנייה שנה שלישית.
- משך זמן ההיכרות של הגננת הנוכחית עם התלמיד: _____
- סוג המסגרת החינוכית הקודמת שבה למד התלמיד: _____ מספר השנים: _____

דיונים קודמים

- האם התקיים בעבר דיון מתוקף חוק בעניין התלמיד? אם כן, יש לסמן את סוג הדיון:
- ועדת שילוב דיון בצוות רב מקצועי ועדת השמה ועדת זכאות ואפיון

תאריך הדיון: _____ החלטה: _____

תאריך הדיון: _____ החלטה: _____

סיבת ההפניה (תארי את הקשיים העיקריים של התלמיד בתחומי התפקוד השונים):

תמיכות שקיבל התלמיד

הטיפול התקופת	תדירות הטיפול	הטיפול בתחום				טיפולים – הגורם המטפל
		פרטי	קופ"ח	הקהילה	הגן	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גננת שילוב
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פיזיותרפיסט/ית
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרפא/ה בעיסוק
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קלינאית/תקשורת
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מטפלת באומנויות
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	פסיכולוג
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	גורם רפואי (רופא התפתחותי, נוירולוג, פסיכיאטר)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עובדת/ת סוציאלית
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר:

תארי בקצרה את התלמיד (הופעה חיצונית, תפקוד וקשיים בתחומי ההתפתחות השונים, תחומי עניין, יוזמה ומנהיגות, יצירתיות וכו').

תחום קוגניטיבי ושפתי

תארי את תפקוד התלמיד בתחום הקוגניטיבי והשפתי (תקשורת מילולית, דיבור, הבנת שפה, הבעת שפה, תחביר ודקדוק, מיומנויות חשיבה מסדר נמוך/גבוה):

תחום חברתי

תארי את תפקוד התלמיד בתחום החברתי (יצירת קשרים חברתיים, התמדה בקשרים חברתיים):

התחום ההתנהגות והרגשי

תארי את תפקוד התלמיד בתחום ההתנהגותי והרגשי (בגן, בחצר, בפעילות השונות בגן):

עצמאות בחיי היום-יום

תארי את תפקוד התלמיד בתחום השימוש בשירותים (שליטה על צרכים, גמילה), התלבשות, אכילה:

תחום מוטורי

תארי את תפקוד התלמיד בתחום המוטורי (מוטוריקה גסה, מוטוריקה עדינה, המצאות במרחב):

באילו דרכים ניסית לסייע לתלמיד בתפקודו בגן, ובמה הוא נעזר ביותר?

סיכום והמלצות

שם הגננת וחתימה: _____ תאריך מילוי השאלון: _____

שם המפקח/ת: _____ תאריך: _____ חתימת המפקחת: _____

העתק להורים נמסר בתאריך _____ על ידי _____ תפקיד _____