



משרד החינוך התרבות והספורט

עיריית תל - אביב - יפו

**טופס הפניית ילדי גן- מרכז טיפולי "אביב"**  
ימולא ע"י גננת אם, גננת ש"ח ופסיכולוג/ית הגן.

תאריך ההפניה \_\_\_\_\_

שם הילד \_\_\_\_\_ תאריך לידה \_\_\_\_\_ ת.ז.זהות \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_

שם הגן \_\_\_\_\_ שם גננת \_\_\_\_\_ טלפון בגן \_\_\_\_\_ טל' בבית \_\_\_\_\_  
שם הפסיכולוג/ית של הגן \_\_\_\_\_  
שם גננת ש"ח בגן \_\_\_\_\_

**רקע משפחתי**

שם האב \_\_\_\_\_ מקצוע האב \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ פלאפון \_\_\_\_\_

שם האם \_\_\_\_\_ מקצוע האם \_\_\_\_\_ מצב משפחתי \_\_\_\_\_  
טלפון \_\_\_\_\_ פלאפון \_\_\_\_\_

**סיבת ההפניה**

הופנה ע"י \_\_\_\_\_  
סיבת ההפניה והקושי המרכזי \_\_\_\_\_  
באלו תחומים הילד זקוק לטיפול? הקף בעיגול:

1. תפקוד שפתי.
2. תפקוד מוטורי
3. תפקוד רגשי.
4. מוכנות ללמידה.

**רקע טיפולי**

האם נערך אבחון בשרות הפסיכולוגי? כן, לא, לא ידוע \_\_\_\_\_  
האם נערכו אבחונים במקום אחר? פרטי \_\_\_\_\_

האם עבר אבחון ראייה? \_\_\_\_\_  
האם עבר אבחון שמיעה? \_\_\_\_\_  
האם מקבל טיפולים כלשהם במקום אחר? כן, לא, אם כן פרטי \_\_\_\_\_

שד' החייל 28, תל אביב, טל': 03-7392516, 03-6318598, פקס 03-7303239

email: m1\_aviv@bezeqint.net

www.tlv-edu.gov.il/sites/avivcenter



## תאור תפקודי

### תפקודים תפיסתיים מוטוריים

מוטוריקה גסה:

1. קואורדינציה בפעילות:

ריצה, דילוג, קפיצה, טיפוס... חלשה \_\_\_\_\_ בינונית \_\_\_\_\_ טובה \_\_\_\_\_

2. האם תנועותיו מסורבלות? כן, לא, \_\_\_\_\_

3. האם נופל לעיתים קרובות? כן, לא, \_\_\_\_\_

4. האם שובר או מפיל דברים? כן, לא, \_\_\_\_\_

מוטוריקה עדינה: ( דרג מ-1 ועד 4. 1= חלש, 4= מצויין).

אחיזת עיפרון \_\_\_\_\_ ציור חופשי \_\_\_\_\_ גזירה \_\_\_\_\_ העתקת צורות \_\_\_\_\_ השחלה \_\_\_\_\_ הדבקה \_\_\_\_\_

### תפקוד שפתי

הבעה שפתית:

האם השפה ברורה (שיבושי היגוי)? כן, לא, לגמרי לא \_\_\_\_\_

האם משתמש במשפטים ולא רק במילים בודדות? כן, לא \_\_\_\_\_

האם מבנה המשפט:

תקין: (משפט מחובר מורכב)

תקין: (משפט פשוט)

משובש \_\_\_\_\_

אוצר מילים: דל, בינוני, עשיר \_\_\_\_\_

האם קיימים קשיים בשליפת מילים? כן, לא, \_\_\_\_\_

הבנה שפתית: ( דרג רצף מ-1 ועד 4. 1= חלש, 4= מצויין).

הבנת הוראות? \_\_\_\_\_

האם ממלא משימות? \_\_\_\_\_

האם מסוגל להשתתף בריכוז? \_\_\_\_\_

האם מסוגל להתמקד במטלה אחת לאורך זמן? \_\_\_\_\_

האם מבין סיפור ומסוגל לחזור עליו? \_\_\_\_\_



## משרד החינוך התרבות והספורט

### עיריית תל - אביב - יפו

#### תפקוד לימודי

1. האם יודע לכתוב את שמו? כן, לא,
2. האם עובד בחוברות עבודה? כן, לא,
3. האם מבין ומשתתף בתכנית הלימודים? כן, לא,
4. האם מבין מושגי יחס במרחב? מעל \_\_\_\_\_ מתחת \_\_\_\_\_ לפני \_\_\_\_\_ על \_\_\_\_\_ בתוך \_\_\_\_\_ ימין \_\_\_\_\_ שמאל \_\_\_\_\_.
5. האם מבין מושגים כמותיים? הרבה \_\_\_\_\_ מעט \_\_\_\_\_ גדול \_\_\_\_\_ קטן \_\_\_\_\_ ארוך \_\_\_\_\_ קצר \_\_\_\_\_ רחב \_\_\_\_\_ צר \_\_\_\_\_ גבוה \_\_\_\_\_ נמוך \_\_\_\_\_.
6. האם התלמיד סופר? \_\_\_\_\_ מונה? \_\_\_\_\_

#### תפקוד חברתי

1. משמעת וקבלת סמכות: ממושמע \_\_\_\_\_ ממושמע לעיתים \_\_\_\_\_ חסר גבולות \_\_\_\_\_
2. יחסו לבני גילו: דחוי \_\_\_\_\_ יחסים חברתיים קלושים \_\_\_\_\_ חברותי \_\_\_\_\_
3. יחסו למבוגרים: מסוייג \_\_\_\_\_ תקין \_\_\_\_\_ מחפש תשומת לב במידה מופרזת \_\_\_\_\_

#### תפקוד רגשי

1. שליטה עצמית בדחפים: עצור \_\_\_\_\_ שקול \_\_\_\_\_ אימפולסיבי \_\_\_\_\_
2. מצב רוח: עצוב \_\_\_\_\_ מצב רוח מתחלף \_\_\_\_\_ מצב רוח טוב \_\_\_\_\_
3. בטחון עצמי: חסר בטחון \_\_\_\_\_ הססן \_\_\_\_\_ בעל בטחון \_\_\_\_\_
4. הסתגלות למצבים משתנים: קשה \_\_\_\_\_ קשה במקצת \_\_\_\_\_ קלה \_\_\_\_\_

#### תופעות יוצאות דופן

- |       |                |
|-------|----------------|
| _____ | התקפי רוגז     |
| _____ | הרטבה          |
| _____ | אוננות מופרזת  |
| _____ | חלומות בהקיץ   |
| _____ | תוקפנות        |
| _____ | ילד מוכה       |
| _____ | אי שקט מוטורי  |
| _____ | התמדה בתנועה   |
| _____ | קשיים תחושתיים |
| _____ | פחדים          |
| _____ | קשיי פרידה     |
| _____ | התפרצות בכי    |

אחר, פרטי! \_\_\_\_\_

הערות: צייני את התחומים בהם אוהב להתבטא כגון: ציור, מוזיקה...  
צייני תחומים בהם הילד מתפקד טוב.

שד' החייל 28, תל אביב, טל': 03-7392516, 03-6318598, פקס 03-7303239

email: m1\_aviv@bezeqint.net

www.tlv-edu.gov.il/sites/avivcenter



**הערות גננת שי"ח**

---

---

---

---

---

---

---

**הסעיפים הבאים ימלאו ע"י פסיכולוג/ית הגן**

סיכום ממצאים:

---

---

---

---

המלצות לטיפול:

---

---

---

---

חתימת הגננת: \_\_\_\_\_

חתימת גננת שי"ח \_\_\_\_\_

חתימת הפסיכולוג/ית \_\_\_\_\_



משרד החינוך התרבות והספורט

עיריית תל - אביב - יפו

תאריך: \_\_\_\_\_

אנו החתומים מטה מבקשים להפנות את בננו/בתנו לטיפול במרכז "אביב".

שם הילד/ה \_\_\_\_\_

גן \_\_\_\_\_

שם ההורה: \_\_\_\_\_

חתימת ההורה: \_\_\_\_\_

שד' החייל 28, תל אביב, טל': 03-7392516, 03-6318598, פקס 03-7303239

email: m1\_aviv@bezeqint.net

www.tlv-edu.gov.il/sites/avivcenter