בס"ד

מַעְלָה
מרכז להתפתחות וקידום הילד

תאריך מילוי השאלון: _____

שאלון הורים

אבחון וטיפול ספורט טיפולי

<u>פרטים אישיים</u>:

שם פרטי_____

שם משפחה_____

מספר ת"ז_____

תאריך לידה _____גיל הילד_____

מספר אחים \ אחיות_____

מקום לימודים_____ כיתה _____

מספר טלפון זמין _____

אילו שפות דובר ילדך? _____

אבחנה רפואית (באם יש):_____

האם ילדך מטופל בתחומי טיפול נוספים?

תחום טיפול: רפוי בעיסוק / פיזיותרפיה / קלינאית תקשורת / הידרותרפיה טיפול רגשי /

אחר: _____

מקום הטיפול : _____

מי הפנה אתכם לטיפול בספורט טיפולי? (יש לפרט שם ומקצוע)

שם: _____

תפקיד: מרפאה בעיסוק / פיזיותרפיסטית / קלינאית תקשורת / מטפלת רגשית /

אחר: _____

יחיא קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אתר:office@maalah.org.il | אימייל: www.maalah.org.il

מַעְלָה
מרכז להתפתחות וקידום הילד

מידע על התפתחות הילד/ה:

ההיריון תקין? כן/לא

אם לא, פרטי: _____

לידה בשבוע _____ משקל התינוק בלידה? _____

מהלך הלידה: _____

האם הילד/ה עבר ניתוחים? כן/לא

פרטי: _____

האם הילד/ה נוטל תרופות היכולות להשפיע על הפעילות הגופנית?

_____

האם סובל ממחלה כלשהי כמו: אפילפסיה, אסטמה וכו', אם כן פרטי:

_____

ויסות תחושתי:

האם קיימים ליקויים תחושתיים ורגישות?

קראי וסמני את תגובת הילד/ה למצבים אלה:	בכלל לא				מאוד
אני נהנה/ית להתעסק עם חומרים שונים, כגון: קצף, חול , דבק, בוץ	1	2	3	4	5
מפריע לי תוויות בגד, תפר בבגד/בגרב	1	2	3	4	5
אני נהנה/ית ממגע חזק, חיבוקים חזקים?	1	2	3	4	5
אני נהנה/ית לטפס גבוה על סולמות ומגלשות?	1	2	3	4	5
אני נתקל/ת או נדחפ/ת עם הגוף בחפצים/קירות?	1	2	3	4	5
אני נהנה/ית להתנדנד חזק על נדנדות?	1	2	3	4	5
אני נהנה/ית מפעילות סיבובית כגון קרוסלה?	1	2	3	4	5
נתקל/ת בקושי בצחצוח שיניים?	1	2	3	4	5
גזירת ציפורניים מציקה לילד/ה?	1	2	3	4	5

האם הילד/ה אוכל בצורה נקייה? כן/לא,

פרטי: _____

האם אוהב לאכול מאכלים עם טעמים חזקים, כגון: מר, חמוץ, חריף? כן/לא

פרטי: _____

יחיא קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אתר:office@maalah.org.il | אימייל: www.maalah.org.il

מעלה
מרכז להתפתחות וקידום הילד

התפתחות מוטורית:

האם ההתפתחות בשנתיים הראשונות הייתה בגדר הנורמה? צייני כן/לא, אם לא פרטי:

החזקת ראש? _____ עמידה? _____

התהפכות? _____ הליכה? _____

זחילה? _____ ריצה? _____

ישיבה? _____ טונוס שרירים? _____

פרטי: _____

האם קופץ עם שתי הרגליים מהרצפה?

_____

האם מצליח לעמוד על רגל אחת? _____

האם הוא מתעייף מהר? _____

האם משחק משחקי כדור/חבל? _____

האם עולה ויורד במדרגות רגל- רגל ללא תמיכה? _____

האם יש פחד מגובה ומתנועה? _____

האם הילד/ה פעילה בגינות? _____

תפקוד הילד/ה ביום יום:

האם הילד/ה עצמאי בפעולות היומיומיות כמו: לבוש, אכילה ,רחיצה?

פרטי: _____

_____

הילד/ה משתתף בפעילות תנועתית / מעדיף פעילות שקטה?

_____

האם קיימת בעיה בדיבור או בהבנת הוראות? כן/לא.

פרטי: _____

_____

כיצד מתבטא תפקודו בלימודים (ע"פ דיווח המורה/גננת) :

_____

_____

יחיא קאפח 2 ירושלים | טל: 02-547-8999 | פקס: 02-547-8998 | אתר:office@maalah.org.il | אימייל: www.maalah.org.il

בס"ד

מעלה
מרכז להתפתחות וקידום הילד

תחום החברתי

תפקודו של הילד/ה בתחום החברתי: _____

_____

האם הולך לחברים או שהם באים אליו? _____

האם משחק עם חבריו משחקי חצר? (תופסת, כדור, חבל)

_____

תחום הרגשי

תפקודו של הילד/ה בתחום הרגשי: בטחון עצמי, דימוי עצמי?

_____

סף תסכול- האם מסוגל להתמודד עם קשיים וכשלון, האם נוטה להיות מתוסכל בקלות?

_____

הבעת רגשות-_____

תגובות לכאב-_____

תחום התנהגותי

האם הילד/ה אימפולסיבי? מתקשה בדחיית סיפוקים? (בביתה ובבית)

_____

_____

מהן הציפיות **שלך** מהפעילות הגופנית במכון?

_____

_____

_____

דברים נוספים שחשוב שנדע

_____

_____

_____

בתפילה לס"ד!

מעלה