

מדינת ישראל  
משרד החינוך  
המינהל הפדגוגי  
אגף א' חינוך מיוחד

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

הדין בצוות רב-מקצועי/בוועדת זכאות ואפיון הוא צומת משמעותי בקבלת החלטות הנוגעות לתלמיד. יש להקפיד למלא את כל הפרטים בשאלון ההפניה כדי שבידי הוועדה יהיו כל הנתונים והמידע הדרושים לקבלת החלטה מיטבית, הוגנת ומקצועית בעניינו. הגורם המפנה: \_\_\_\_\_ תאריך ההפניה: \_\_\_\_\_

**פרטי התלמיד/ה** (יש למלא את הפרטים ולסמן X במשבצות המתאימות)

שם 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 <sup>13</sup>	הכתובת הפרטית	מס' הטלפון	הדוא"ל
שם ההורה				
שם ההורה				
שם האפוטרופוס				

ארץ הלידה:	
תאריך העלייה:	
השפות המדוברות בבית:	

**מסגרת הגן שבה הילד לומד בשנת הלימודים הנוכחית והמגזר שהגן משתייך אליו** (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	אחר _____
-------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------------	--	----------------------------------	-----------

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

שם הגן:	סמל המוסד:
כתובת הגן :	מס' הטלפון בגן:
שם מנהל/ת הגן (ממלא/ת השאלון):	תאריך מילוי השאלון:
פרטי ההתקשרות 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: \_\_\_\_\_ ההחלטה: \_\_\_\_\_

תאריך הדיון: \_\_\_\_\_ ההחלטה: \_\_\_\_\_

סיבת ההפניה (יש לתאר את הקשיים העיקריים של התלמיד בתחומי התפקוד השונים)

#### תמיכות שקיבל התלמיד

תקופת הטיפול	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
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מרפא בעיסוק
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	קלינאי תקשורת
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	מטפל 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,

						נירולוג, (פסיכיאטר)
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	עובד סוציאלי
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	אחר:

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

#### התחום הקוגניטיבי והשפתי

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

#### התחום החברתי

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

#### התחום ההתנהגותי והרגשי

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

#### עצמאות בחיי היום-יום

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

#### התחום המוטורי

**תארו את תפקוד התלמיד בתחום המוטורי** (מוטוריקה גסה, מוטוריקה עדינה, ניידות, התמצאות במרחב):

\_\_\_\_\_

**באילו דרכים ניסיתם 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 \_\_\_\_\_