



הברוש 30 קרני שומרון ● mtc@zahav.net.il
טל: 09-7929980 ● פקס: 09-7929982



שאלון למורה/גננת עבור טיפול בפיזיותרפיה

שם הילד/ה: _____ מסגרת חינוכית: _____

שם הגננת/מחנכת: _____

טלפון: _____

סיבת ההפניה לאבחון/טיפול:

האם קיבלה בעבר טיפולים כלשהם או האם מטופלת כיום?

גורמים המאפשרים את תפקודו של הילד במסגרת החינוכית (עוצמות):

גורמים המעכבים את תפקודו של הילד במסגרת החינוכית (חולשות/קשיים):

האם הקשיים שמתעוררים בגן/בית הספר קיימים גם בבית (לפי דיווח הורים- אם ידוע):

מהן הציפיות שלך מהטיפול בפיזיותרפיה?

תודה על שיתוף הפעולה