



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



תאריך: _____

שאלון למורה/גננת עבור אבחון/טיפול בריפוי בעיסוק

שם הילד/ה: _____ מסגרת חינוכית: _____
שם הגננת/מחנכת: _____ טלפון: _____
סיבת ההפניה לאבחון/טיפול: _____

האם קיבל/ה בעבר טיפולים כלשהם או האם מטופל/ת כיום (האם מקבל/ת גננת שילוב או הוראה מתקנת)?

גורמים המאפשרים את תפקודו של הילד (עוצמות):

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

האם הקשיים שמתעוררים בגן/בית הספר קיימים גם בבית (לפי הידוע):

מהן הציפיות שלך מהטיפול בריפוי בעיסוק?

תודה על שיתוף הפעולה
צוות מפתח למרכז לגיל הרך

פיזיותרפיה ● ריפוי בעיסוק ● קלינאות תקשורת ● טיפול רגשי ● הדרכת הורים