



## שאלון הפניית ילד לכפר הילדים: \_\_\_\_\_

לשאלון זה יש לצרף:  
דוח סוציאלי עדכני  
דוח פסיכולוגי עדכני  
דוח חינוכי עדכני

שם ממלאת השאלון	תפקיד	מס' טלפון משרד/נייד	דוא"ל

### א. פרטים כלליים של הילד/ה

שם משפחה	שם פרטי	תאריך לידה	תעודת זהות	מין	שם האב	שם האם
עיר	רחוב	מס' בית	מיקוד	טלפון/נייד	עלו ארצה מ-	תאריך עליה

### ב. לימודים

שם בית הספר	כיתה	סוג החינוך בו לומד/ת הילד/ה: <input type="checkbox"/> חינוך רגיל <input type="checkbox"/> כיתה קטנה/חמ"ד
כתובת, טלפון ופקס ביה"ס		<input type="checkbox"/> כיתת תל"ם/ אתגר <input type="checkbox"/> בי"ס לחינוך מיוחד כוללני
		<input type="checkbox"/> אחר (פרט) _____
המלצת ממלא/ת השאלון לגבי סוג החינוך המתאים לילד/ה בשנה הבאה: _____		
הילד/ה עבר/ה ועדת השמה <input type="checkbox"/> כן, <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> קוד הליקוי (55, 58, אחר _____) נא לצרף החלטת ועדת השמה אחרונה.		

• נא לצרף תעודת ציונים אחרונה

### ג. רקע משפחתי ובעיות משפחתיות

הילד/ה גר/ה אצל הוריו/אמו בלבד /אביו בלבד /אחר \_\_\_\_\_ מס' הילדים במשפחה \_\_\_\_\_ בבית \_\_\_\_\_ מחוץ לבית \_\_\_\_\_  
מצב משפחתי:  הורים גרושים,  אב נפטר,  אם נפטרה,  הורים לא בארץ \_\_\_\_\_  
התרשמות ממצב המשפחה \_\_\_\_\_

1. האם המשפחה מוכרת ע"י השרות הסוציאלי בקהילה  כן  לא - אם כן פרט: \_\_\_\_\_
2. שם העו"ס המטפל \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_
3. האם הילד/ה מוכר/ת ע"י השרות מבחן לנוער  כן  לא - אם כן פרט: \_\_\_\_\_
4. הסיבה ליציאה מהבית: \_\_\_\_\_
5. עמדת ההורה ביחס ליציאתו של הילד/ה לכפר הילדים \_\_\_\_\_



## פרטי הילד/ה

שם הילד /ה \_\_\_\_\_

ז. האם יש לילד/ה את הבעיות הבאות? קביעת בעיה תתבסס על אבחון של גורם מקצועי רלוונטי בלבד (המפורט בכל סוג בעיה). יש לוודא שהאבחון נמצא בתיקו האישי של התלמיד/ה.

סוג הבעיה	קיום הבעיה	הגורמים המקצועיים הרשאים לקבוע אבחנה של הבעיה
א. הפרעות קשב לפי אבחון	1. כן 2. לא	פסיכיאטר או נוירולוג, אבחון Moxo או Tova
ב. נטילת תרופות להפרעת קשב	1. כן 2. לא	לפי מרשם
ג. נטילת תרופות פסיכיאטריות אחרות (שאינן להפרעת קשב)	1. כן 2. לא	לפי מרשם שניתן על ידי פסיכיאטר בלבד
ד. ליקויי למידה לפי אבחון	1. כן 2. לא	מאבחן מוסמך
ה. בעיות רפואיות כרוניות לפי אבחנה רפואית	1. כן 2. לא	גורם רפואי מוסמך
ו. הפרעות בדיבור לפי אבחנה רפואית	1. כן 2. לא	קלינאי תקשורת מוסמך
ז. הפרעות בשינה לפי אבחנה רפואית	1. כן 2. לא	גורם רפואי מוסמך
ח. הפרעת אכילה לפי אבחנה רפואית	1. כן 2. לא	פסיכיאטר, פסיכולוג קליני או רופא מומחה לתזונה
ט. עבר/ה הערכה פסיכיאטרית	1. כן 2. לא	גורם רפואי מוסמך
י. אשפוז פסיכיאטרי	1. כן 2. לא	גורם רפואי מוסמך
יא. יש לתלמיד/ה תיק במשטרה	1. כן 2. לא	לפי קצין מבחן

האם עבר/ה בדיקה פסיכולוגית  כן  לא

יכולת קבלת החלטות ופתרון בעיות:  לא עומד/ת בדרישות  עומד/ת חלקית בדרישות  עומד/ת במלוא הדרישות  
יכולת שיפוט ואבחנה בין טוב לרע:  לא עומד/ת בדרישות  עומד/ת חלקית בדרישות  עומד/ת במלוא הדרישות  
התמודדות עם מצבי עומס ולחץ:  לא עומד בדרישות  עומד/ת חלקית בדרישות  עומד/ת במלוא הדרישות  
תאר את התנהגות התלמיד/ה, אופי, מעמד חברתי, תחומי התעניינות, קשיים ותגובות רגשיות, חוזקות אישיות ועיסוקים בשעות הפנאי

באיזו מידה קיימות התופעות הבאות (ציין ב-X)				באיזו מידה קיימות התופעות הבאות (ציין ב-X)			
בכלל לא	מועטה	גבוהה	אובדנות/נסיון אובדני	בכלל לא	מועטה	גבוהה	הפרעות בשיעורים
			פגיעה עצמית				אלימות פיזית
			עישון סגריות / נרגילה				אלימות מילולית
			עבר דחיה חברתית				התפרצויות כעס
			חשון/ה לבריאות				גניבות
			התנהגות מינית חריגה				חבלה ברכוש
			תוקפנות מינית				התנהגות דכאונית
			אימפולסיביות				בעיות הסתגלות
			חברים מבוגרים יותר				שימוש באלכוהול
			חרדות / פחדים				שימוש בסמים
			עבריינות				הפרעות אכילה

המלצה למסגרת חינוכית חוץ ביתית: \_\_\_\_\_

הערות נוספות \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_

חתימת ממלא/ת השאלון \_\_\_\_\_