

האפכך לסיפוא קבוצתי הילדים והורפים

תאריך: _____

שאלון קבלה לקבוצה לחיזוק הקשר הורה - ילד

(למילוי ע"י ההורים)

שם הילד: _____ תאריך לידה: _____ כיתה: _____

בית ספר: _____ מחנכת: _____

מקום מגורים: _____

שם האם: _____ טלפון: _____ דוא"ל: _____

שם האב: _____ טלפון: _____ דוא"ל: _____

מקום מגורים: _____

סיבת הפנייה:

רקע משפחתי (הרכב המשפחה, גירושים, מחלות, מעברי דירה וכו')

תפקוד הילד בתחום הלימודי: _____

תפקוד הילד בתחום החברתי : _____

תפקוד הילד בתחום ההתנהגותי/רגשי (יכולת הסתגלות, קבלת גבולות):

נקודות חוזק - של הילד ושל המשפחה:

אבחונים והערכות : _____

תוצאות האבחונים: _____

האם מטופל תרופתית? _____, סוג התרופה: _____

האם מוכר לרווחה? אם כן מי העו"ס המטפל: _____

הערות: _____

חתימת אם: _____ חתימת אב: _____