



שאלון התפתחות

שם פרטי (של הילד) _____ שם משפחה _____

גיל הילד _____ גיל מתוקן (פגים) _____ מין הילד: זכר / נקבה

תאריך לידה _____ משקל לידה _____ שבוע לידה _____

שם האם _____ גיל _____ עיסוק _____

שם האב _____ גיל _____ עיסוק _____

מספר ילדים נוספים _____ גילאים _____

כתובת מגורים _____

טלפון בבית _____ טלפון נייד _____

מייל _____

סיבת הגעה:

קופת חולים _____ רופא מטפל _____

טיפת חלב _____

הריון רגיל? כן / לא. במידה ולא מה הסיבה?

לידה: רגילה / קיסרי / מכשירנית. במידה ולא רגילה מה הסיבה?

ציון אפגר _____ מצב העובר בלידה: עכז / רגיל / רוחבי

עם מי נמצא הילד במהלך שעות היום? הורים / מטפלת / בני משפחה / פעוטון / אחר

מחלות / אשפוזים _____



האם סבל / סובל ממחלות? - איזה?

האם אושפז בבית חולים? כן / לא בגיל _____ סיבה

האם עבר טיפולים נוספים? כן / לא – איזה?

סוג טיפול: _____ שם המטפל _____ טלפון _____

התנהגות כללית: שקט / חסר מנוחה / עצבני / בוכה הרבה / לא בוכה / אחר

אוכל: הנקה / בקבוק / מעורב / מוצק / אחר _____

האם מפעיל את עצמו? כן / לא

שינה: ישן כל הלילה / מתעורר – כמה פעמים? _____

צורת שינה: בטן / גב / צדדים

בזמן עיירות נמצא על: בטן / גב / צדדים

פעילויות / חוגים נוספים: כן / לא _____

סדר יום:

דגשים נוספים שברצונך לציין?



הצהרת בריאות

אל : ענת פירסטנברג

מאת הורי התינוק/ת _____

אני מצהיר/ה בזאת כדלקמן:

1. הוסבר לי על ידך והבנתי, מהי הפעילות המתקיימת ומועברת על ידך בשיטת צעד ראשון
2. לא ידוע לי על בעיה נוירולוגית פעילה או בעיה במערכת השרירים ו/או בעיה במערכת השלד ו/או מגבלה בריאותית חריפה אחרת המונעת מבני/ביתי להשתתף בשיעור המועבר על ידך
3. אני מתחייב/ת להודיע לך על כל שינוי ו/או מגבלה, זמנית או קבועה, שיחולו במצב בריאותו של בני/ביתי

תאריך _____

שם ההורים _____

ת.ז של ההורים _____

חתימת ההורים _____