

אישור השתתפות במחקר בנושא: הקשר בין התפתחות גרפו מוטורית להשתתפות בילדות בניהולו של החוקר/ת הראשי/ת: ד"ר יפית גלבוע

וו נציגיה.	_ מאשר/ת שקראתי את המידע אודות המחקר ושהליך
המחקר הוצג בפני והוסבר לי אישית על-ידי החוקרת או נציגיה	אני (שם ההורה) ארכן רי וקו

הובהר לי כי השתתפותי והשתתפות בני/בתי הנה מבחירה בלבד, ואם אסרב או שבני/בתי יסרב/ תסרב להשתתף החוקרת התחייבה להבטיח סודיות בכל הנוגע לפרטיי האישיים וכל פרט אחר, שעלול לחשוף את זהותי. הוסברה לי מטרת המחקר וחשיבותו. לא תהיה לכך כל השלכה לגבי בעתיד.

הובהר לי כי אני או בני/בתי יכולים להפסיק את השתתפותנו בכל שלב שהוא, ולא תהיה לכך כל השלכה לגבי או לגבי בני/בתי בעתיד.

אני מסכים/ה להשתתפות בני/בתי במחקר זה ומוכן/ה שייעשה שימוש בנתונים שיאספו במסגרת התצפית והשאלונים לצורכי מחקר בלבד.

מתימה:







של הדסה



School of Occupational Therapy

of Hadassah

and the Faculty of Medicine

תאריך מילוי

שאלון דמוגרפי למשתתפים במחקר בנושא ה- GIFT

<u> </u>
13/12/1
(תאריך לידה
4.3 (0)
(שנה+חודשיו
גיל

- מלד בשבוע 38 להריון מין- זכר / נקבה ·w
- יד דומיננטית (ימי*ן) ש*מאל 4
- 28_גיל האם .
- גיל האב . ග
- $18 \over 18$ השכלת אם (מספר שנות לימוד)
- אר (מספר שנות לימוד) אר השכלת אב . 00
- מס' ילדים במשפחה .0
- 10. מיקום הילד במשפחה
- 11. מקום מגורים: עיר/ ישוב עירונע ישוב כפרי
- .12 מסגרת חינוכית בה נמצא הילד:

בית/לא לומד במסגרת פורמלית

- גנון/ פעוטון/ משפחתון/ גן פרטי
- טרום חובה (גן שנה שנייה)

טרום טרום (גן שנה ראשונה)

- גן חובה
- 'טיתה א
- .13 האם ילדך אובחן/ טופל ביחידות להתפתחות הילד בשנה האחרונה (ריפוי בעיסוק, פיזיותרפיה,
- 14. האם ילדך מקבל או קיבל בעבר טיפול בריפוי בעיסוק? כן *לא)* $_{\cdot}$ קלינאות תקשורת, רופא התפתחותי)? כן $\left(\,$ לא $\right)$ אם כן, פרט
- האם למד/ לומד במסגרת של חינוך מיוחד? כן l / (לא)



Gilboa Functional Test			
4	3	2	1
			, I <u>2004</u>
		1.5	
	/		
	\		
		2	
		9	
and the same of			
		9 9. K 0.00 j	
			/
			1
			A
		1/11	
	/		V
			/
			λ
1		, and the second	9















