



TRYSIL KOMMUNE

-stavgaket foran

HENVISNING TIL LOGOPED

BARNET SOM HENVISES:

Etternavn: _____

Født dato: _____

Fornavn: _____

Morsmål: _____

Adresse: _____ Postnr.: _____

Poststed: _____

Skole/barnehage: _____

Trinn/avdeling: _____

Kontaktlærer/avd.leder: _____

Tlf.: _____

E-post: _____

MOR: (Adresse fylles ut dersom den er ulik barnets)

Navn: _____

Tlf. privat: _____

Mobiltilf.: _____

Adresse: _____ Postnr.: _____

Poststed: _____

FAR: (Adresse fylles ut dersom den er ulik barnets)

Navn: _____

Tlf. privat: _____

Mobiltilf.: _____

Adresse: _____ Postnr.: _____

Poststed: _____

SØSKEN:

Navn og fødselsår:

HENVISNINGSGRUNN: (Sett kryss i de rutene som er aktuelle)

Barnet har vansker med:

- Ordforråd
- Å forstå hva som blir sagt
- Språklyder
- Å sette sammen ord til setninger
- Stammering/stotring/taleflyt
- Talestemmen
- Annet (beskriv): _____

Beskrivelse av vanskene som har ført til henvisningen: _____

Kopi av kartleggingsresultater (TRAS, Askeladden e.l.) fra barnehagen skal legges ved.

Har barnets vansker vært drøftet med logoped?

Ja Nei

Har barnet problemer på andre områder?

- Syn
- Hørsel
- Barnets hørsel er testet hos øre-nese-halslege (anbefales)
- Motorikk
- I forhold til lek med andre barn?
- Annet (beskriv): _____

Har andre hjelpeinstanser vært kontaktet?

- PPT
- Andre: _____

.....
Foreldrenes underskrift

.....
Hvem henviser

.....
Kontaktlærer/førskolelærer

.....
Rektor/styrer

Skjemaet sendes til:
PPT for Trysil og Engerdal
v/logopedtjenesten i Trysil
Postboks 200, 2421 Trysil

Besøksadresse:
Gamlevegen 1
2420 Trysil