



**TRYSIL KOMMUNE**  
*-støttet foran*

## HENVISNING TIL LOGOPED

### BARNET SOM HENVISES:

Etternavn: \_\_\_\_\_

Fødselsnummer: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

Mobiltlf.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr.: \_\_\_\_\_

Poststed: \_\_\_\_\_

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

Navn: \_\_\_\_\_

Tlf. privat: \_\_\_\_\_

Mobiltlf.: \_\_\_\_\_

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**