



**TRYSIL KOMMUNE**  
-støtaket 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: \_\_\_\_\_  
 Mobil tlf: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Postnr.: \_\_\_\_\_ Poststed: \_\_\_\_\_

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

Navn: \_\_\_\_\_ Tlf privat: \_\_\_\_\_  
 Mobil tlf: \_\_\_\_\_  
 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:**  
Skredderbakken 8C  
2420 Trysil