



Våler kommune

HENVISNING TIL LOGOPED

BARNET SOM HENVISES

Etternavn:		Født dato:
Fornavn:		Morsmål:
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
Skole/barnehage:		Trinn/avdeling:
Kontaktlærer/ped.leder:		Tlf.:
E-post:		

MOR (Adresse fylles ut dersom den er ulik barnets)

Navn:		Tlf. privat:
		Tlf. mobil:
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
E-post:		

FAR (Adresse fylles ut dersom den er ulik barnets)

Navn:		Tlf. privat:
		Tlf. mobil:
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
E-post:		

SØSKEN

Navn og fødselsår:

HENVISNINGSBAGGRUNN**(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
 Stamming/stotring/taleflyt
 Talestemmen
 Annet (beskriv): _____

Beskrivelse av vanskene som har ført til henvisningen:

Kopi av kartleggingsresultater (TRAS, Askeladden eller lignende) 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
 Motorikk
 I forhold til andre barn
 Annet (beskriv): _____

Har andre instanser vært kontaktet?

- PPT
 Andre: _____

Dato_____
Foreldrenes underskrift_____
Hvem henviser_____
Dato_____
Kontaktlærer/Førskolelærer_____
Rektor/Styrer**Skjemaets sendes til:**

Våler kommune
Barnehage- og skolefaglig rådgiver
Vålgutua 251
2436 Våler