



HENVISNING

TIL PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE I EIGERSUND

| | |
|-----------------|-----------------|
| NAVN: | FØDT: |
| ADRESSE: | TELEFON: |

| | |
|---------------------------------|-------------------------|
| FORSATTE 1: | |
| ADRESSE: | TELEFON: |
| FORESATTE 2: | |
| ADRESSE: | TELEFON: |
| SKOLE/BARNEHAGE: | KLASSE/AVDELING: |
| KONTAKTLÆRER/PED. LEDER: | |

ØNSKE OM LOGOPEDISK HJELP

Henvising er etter ønske fra:

Kryss av for henvisningsgrunn:

1 **Brudd i talerytmen (småbarnsstotring/stamming/løpsk tale)**

2 **Stemmevansker**

3 **Språklydsfeil**

- Vedvarende heshet
- Nasal stemmeklang
- Surklelyd fra nese/svelg
- For høyt stemmeleie
- For lavt stemmeleie
- Lydstyrke

- S - lyden
- R - lyden
- K - lyden
- G - lyden
- Sj - lyden
- Konsonantforbindelser
(Flere konsonanter etter hverandre)
- Andre:

4 **Stemmeuttrykk ved kjønnsinkongruens**

5 **Annet. Beskriv under:**

OPPLYSNINGER FRA FORESATTE / BARNEHAGE / SKOLE

Hva har blitt gjort til nå (kartlegging/tiltak)?

Hva ønsker dere at logopeden skal gjøre?

Gi en kort beskrivelse av vansken:

Barnets/elevens egne kommentarer:

For barn i barnehagealder skal hørsel alltid være sjekket før henvisning. Legg ved dokumentasjon.

Er hørsel sjekket? Ja Nei Merknad:

Morsmål:

Vi minner om at foresatte etter forvaltningsloven har innsynsrett i alle journalpapirer, også henvisningen.

Underskrift fra skole/barnehage (evt. Annen henvisende instans):

Dato:

Utfylt av:

Underskrift, rektor/styrer:

Postadresse:
Postboks 70
4379 Egersund

Kontoradresse:
Nytorget 9
4370 Egersund

Telefon:
51468270

e-post:
ppt@eigersund.kommune.no

Foresattes samtykkeerklæring:

Vi er enige i at blir henvist til PP-tjenesten i Eigersund, og at nødvendig informasjon kan utveksles mellom skolen/barnehagen og PP-tjenesten.

Dato:

Foresattes underskrift:

(Begge foresatte må samtykke i en henvisning til PP-tjenesten)

Elevens samtykkeerklæring:

Jeg samtykker til henvisning til PP-tjenesten i Eigersund, og at nødvendig informasjon kan utveksles mellom skolen og PP-tjenesten.

Dato:

Elevens underskrift:

(Bare elever over 15 år kan gi samtykke)

| | | | |
|---|--|-----------------------------|--|
| Postadresse: Postboks 70 4379 Egersund | Kontoradresse: Nytorget 9 4370 Egersund | Telefon: 51468270 | e-post: ppt@eigersund.kommune.no |
|---|--|-----------------------------|--|