|  |  |
| --- | --- |
| Eigersund | **EIGERSUND KOMMUNE**  Kultur- og oppvekstavdelingen  **PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE** |

**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** |

Henvisning er etter ønske fra: ……………………………………………….

Kryss av for henvisningsgrunn:

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

**2  Stemmevansker** **3  Språklydsfeil**  
  Vedvarende heshet  S - lyden   
  Nasal stemmeklang  R - lyden  
  Surklelyd fra nese/svelg  K - lyden  
  For høyt stemmeleie  G - lyden  
  For lavt stemmeleie  Sj – lyden  Lydstyrke  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: ……………………………………………………………………….

**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)