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

**HENVISNING**

**TIL PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE I EIGERSUND**

|  |  |
| --- | --- |
| **ELEVENS NAVN:** | **FØDT:** |
| **ADRESSE:** | **TELEFON:** |

|  |  |
| --- | --- |
| MORS NAVN: |  |
| ADRESSE: | TELEFON: |
| FARS NAVN:  |  |
| ADRESSE: | TELEFON: |
| SKOLE/BARNEHAGE: | KLASSE/AVDELING: |
| KONTAKTLÆRER/PED. LEDER: |  |

|  |
| --- |
| **ØNSKE OM LOGOPEDISK HJELP** |

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

Kryss av for henvisningsgrunn/vanske:

**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 [ ]  Kj – lyden
 [ ]  Sj – lyden
 [ ]  Konsonantforbindelser
 (Flere konsonanter etter hverandre)
 [ ]  Andre: ……………………………

|  |
| --- |
|  |

**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:** |

**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 foreldre må samtykke i en henvisning til PP-tjenesten)