

**Tilvisingsskjema til logoped**
(0 – 16 år)Skjema skal sendast til:
Sveio kommune
v/skule- og barnehagekontoret
Postboks 40
5559 Sveio**1. Opplysningar om barnet/eleven**

Namn:	Fødselsnummer (11 siffer):
Gateadresse:	Postnummer/-stad:
Nasjonalitet:	Morsmål:

2. Opplysningar om føresette

Namn mor:	Adresse mor:
Telefon mor:	E-post mor:
Namn far:	Adresse far:
Telefon far:	E-post far:

3. Barnehage/skule

Namn på barnehage/skule:	Avdeling/klasse:
Pedagogisk leiar/kontaktlærer:	Telefon: E-post:

4. Grunngeving for tilvising

Skildring av vanskane:			
NB! Kopi av kartleggingsresultat skal leggjast ved. T.d. TRAS, Askeladden, Språk 5-6, Språk 6-16, Mc Arthur språkkartlegging			
Er andre instansar inne i saka? (sett kryss)	PPT	Helsestasjon	Kompetansesenter
Kan disse kontaktast/samarbeidast med? (Sett kryss)		JA	NEI



Har barnet/eleven vanskar på andre områder?					
	Syn		Hørsel		Er hørsel sjekka hos øyre/nase/hals spesialist?
	Motorikk		I høve til leik/samspel med andre barn?		Anna (skildra)

Andre opplysningar:

5. Dato og underskrift

Stad/dato	Underskrift føresette
Stad/dato	Underskrift tilvisande instans