|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PERSONALIA | | | | | | | |
| Barnets/elevens for- og etternavn: | | | Fødselsnummer: | Kjønn: | | Barnehage-/skole-år: | |
|  | | |  |  | |  | |
| Adresse: | | | Postnummer/sted: | | | Telefon: | |
|  | | |  | | |  | |
| Barnehage/skole: | | | Avdeling/trinn: | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Nasjonalitet: | Morsmål: | Botid i Norge: | | | | | |
| FORESATT | | | FORESATT | | | | |
| Navn: | | | Navn: | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Adresse: | | | Adresse: | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Postnummer/sted | | | Postnummer/sted | | | | |
|  | | |  | | | | |
| E-post: | | | E-post | | | | |
| Telefon: | | | Telefon: | | | | |
|  | | |
| Nasjonalitet: | Morsmål: | Botid i Norge: | Nasjonalitet: | | Morsmål: | | Botid i Norge: |
| Behov for tolk:  ja  nei | | | Behov for tolk:  ja  nei | | | | |

|  |
| --- |
| Det presiseres at bruk av dette skjemaet kun medfører henvisning til logoped ved PPT Meløy. Dersom det også er behov for utredning relatert til vansker av ikke-logopedisk art så må det sendes en egen ordinær henvisning til PP-tjenesten relatert til dette.    Kriterier og presiseringer for logoped-henvisning:   * Hørsel og syn **må** være sjekket av nyere dato (syn hos optiker). Tidspunkt oppgis. * For barn i barnehagealder **må** TRAS tas og legges ved. For skolestartere legges Språk 5-6 ved. Gjerne annen kartlegging også. * Barn som stammer ønskes henvist så tett opptil stammingens start som mulig. * Minoritetsspråklige barn **må** være kartlagt i norskkunnskaper (begreper, ordforråd etc. …) før de henvises for uttalevansker. Språket bør være rimelig på plass før en arbeider med «finpussen».   **Merk!** For mange norsk barn kommer /R/ og /S/ på plass av seg selv innen barnet fyller 7 år (naturlig modning). Barnet må være fylt 7 år før det meldes inn behov for å arbeide med R-lydvansker. Lesping henvises først etter at barnet har fylt 7 år og nye fortenner oppe og ned er utvokst. *Tips og råd for å øve opp /R/ lyden kan etterspørres logoped ved bekymring på lavere alder.*  **Husk at foresatte må fylle ut «Skjema fra foreldre/foresatte».** |

|  |
| --- |
| Meldingsårsak (sett kryss) |
| Store fonologiske vansker  Uttalevansker (enkelte språklyder som /r/ /s/ /l/ og lignende)  Uttalevansker (svært utydelig uttale)  Stemmevansker  Stamming/taleflytvansker  Oralmotoriske vansker (musklene i ansiktet)  Språkforståelsesvansker/DLD (innhold, form, og bruk av språket)  Forsinket språkutvikling  Annet-beskriv nærmere: |

|  |
| --- |
| Fyldig beskrivelse av vanskene. |
|  |
| Hvordan fungerer barnet sosialt? |
|  |
| Foreligger det den diagnose? |
| Ja  Nei  Om ja beskriv nærmere: |
| Andre samarbeidspartnere. |
| Helsestasjon  BUP  Fastlege  Andre: |
| Har barnet vært hos øre-nese-halslege? |
| Ja  Nei |
| Har det vært et tverrfaglig samarbeid rundt barnet? |
| Ja  Nei |
| Hvilke tiltak er igangsatt rundt barnet? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Henviser: | |
| Person(er) eller instans: | Tlf.: |
|  |  |
| Kontaktperson barnehage / Kontaktlærer: | Tlf.: |
|  |  |
| Adresse, postnummer/sted: | |
|  | |
| Sted og dato Underskrift av leder ved henvisende instans | |

|  |
| --- |
| SAMTYKKE-ERKLÆRING: |
| Jeg/vi samtykker til henvisningen til PP- tjenesten.  Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake ved skriftlig henvendelse til PPT. |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Sted og dato: | | | |  | |  | | --- | |  | | Foresattes underskrift | |  | |  |  |  | |  | Foresattes underskrift |  | |  |  |  | |  | Elevens underskrift ved fylte 15 år |  | |