

HENVISNING

TIL PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE I EIGERSUND

Postboks 70, 4379 Egersund. Telefon 51468270



ELEVENS NAVN:	FØDT:
ADRESSE:	TELEFON:

MORS NAVN:	
ADRESSE:	TELEFON:
FARS NAVN:	
ADRESSE:	TELEFON:
SKOLE/BARNEHAGE:	KLASSE/AVDELING:
KLASSESTYRER/PED. LEDER:	

ØNSKE OM LOGOPEDISK HJELP

Henvisningen er etter ønske fra:

Kryss av for henvisningsgrunn/vanske:

1 Brudd i talerytmen (småbarnshakking/stamming)

2 Stemmevansker

3 Språklydsfeil

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

- S - lyden
- R - lyden
- K - lyden
- G - lyden
- Kj - lyden
- Sj - lyden
- Konsonantkombinasjoner
(flere konsonanter etter hverandre)
- Andre.....

4 Utydelig tale/vanskelig å forstå
(f.eks. altfor hurtig taletempo,
upresis artikulasjon)

Til internt bruk:

Saksbehandler:	I gang, dato:	Registrert i PPI:	Avsluttet, dato:

5 Annet. Beskriv under

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

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:.....

Dato:.....

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)