



Odda logopedkontor
Opheimsgata 31, 5750 ODDA
Telefon: 53 65 43 30/53 65 43 80

KONFIDENSIELT

TILVISING BARN

NYNORSK

Namn	Etternamn			Fornamn			Fødd	
Kjønn	<input type="checkbox"/> Gut	<input type="checkbox"/> Jente	Nasjonalitet		Morsmål			
Adresse						Tlf./mob.		
Skule/barnehage						Gruppe/avd.		
Mors namn				Adresse			Tlf./mob.	
Fars namn				Adresse			Tlf./mob.	
Barnet bur hos	<input type="checkbox"/> Begge foreldra <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Andre							

TILVISINGSGRUNN (set kryss)

Språkvanskar

Stemmevanskar

Uttalevanskar

Kommunikasjonsvanskar

Taleflytvanskar

Lese- og skrivevanskar

Anna

Beskriv vansken/vanskane:**Når starta vanskane? Kva tiltak har vore sett i verk i høve vanskane (omfang og effekt)?****Andre utfyllande opplysningar:****Underskrift:**

Stad		Dato	
<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Kontaktperson</p>		<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Styrar/rektor/tilvisande instans</p>	
Stad		Dato	
			<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Foreldre/føresette</p>