



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

KONFIDENSIELT

**TILVISING  
BARN  
BOKMÅL**

Navn	Etternavn			Fornavn		Født		
Kjønn	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Jente	Nasjonalitet		Morsmål			
Adresse						Tlf./mob.		
Skole/barnehage						Gruppe/avd.		
Mors navn				Adresse			Tlf./mob.	
Fars navn				Adresse			Tlf./mob.	
Barnet bor hos	<input type="checkbox"/> Begge foreldrene <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Andre							

**TILVISINGSGRUNN (sett kryss)**

Språkvansker

Stemmevansker

Uttalevansker

Kommunikasjonsvansker

Taleflytvansker

Lese- og skrivevansker

Annet

**Beskriv vansken/vanskene:****Når starta vanskene? Hvilke tiltak har vært iverksatt i forhold til vanskene?****Andre utfyllende opplysninger:****Underskrift:**

Sted		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;">Styrer/rektor/tilvisende instans</p>	
Sted		Dato	
			<p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Foreldre/foresatte</p>