



Odda logopedkontor

KONFIDENSIELT

Opheimsgata 31, 5750 Odda

Telefon: 53 65 43 30

TILVISING

BARN

NYNORSK

Personopplysningar om barnet:		Fødd:	
Fornamn		Nasjonalitet:	
Etternamn		Morsmål:	
Adresse		Kjønn:	
Skule /barnehage:		Gruppe /avd	

Mors navn	Adresse	Telefon

Fars navn	Adresse	Telefon

Barnet bur hos (set kryss):

<input type="checkbox"/>	Begge foreldra	<input type="checkbox"/>	Mor
<input type="checkbox"/>	Far	<input type="checkbox"/>	Andre

TILVISINGSGRUNN (set kryss)

<input type="checkbox"/>	Språkvanskar	<input type="checkbox"/>	Stemmevanskar
<input type="checkbox"/>	Uttalevanskar/artikulasjonsvanskar	<input type="checkbox"/>	Anna
<input type="checkbox"/>	Taleflytvanskar (stamming, løpsk tale)		

KONFIDENSIELT

Beskriv vansken/vanskane:	
Kva tid starta vanskane?	
Kva tiltak har vore sett i verk i høve vanskane?	
Andre utfyllande opplysningar:	

Underskrift:			
Stad:		Dato:	
_____		_____	
Kontaktperson		Verksemdleiar/tilvisande instans	

Stad:		Dato:	
_____		_____	
Føresett		Føresett	