



Odda logopedkontor
KONFIDENSIELT Opheimsgata 31, 5750 Odda
Telefon: 53 65 43 30

TILVISING

BARN
BOKMÅL

Personopplysninger om barnet:		Født:	
Fornavn		Nasjonalitet:	
Etternavn		Morsmål:	
Adresse		Kjønn:	
Skole /barnehage:		Gruppe /avd	

Mors navn	Adresse	Telefon

Fars navn	Adresse	Telefon

Barnet bor hos (sett kryss):

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

TILVISINGSGRUNN (sett kryss)

<input type="checkbox"/>	Språkvansker	<input type="checkbox"/>	Stemmevansker
<input type="checkbox"/>	Uttalevansker/artikulasjonsvansker	<input type="checkbox"/>	Annet
<input type="checkbox"/>	Taleflytvansker (stamming, løpsk tale)		

KONFIDENSIELT

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

Underskrift:			
Sted:		Dato:	
_____		_____	
Kontaktperson		Virksomhetsleder/tilvisende instans	

Sted:		Dato:	
_____		_____	
Foresatt		Foresatt	