|  |  |
| --- | --- |
| Pedagogisk utviklingstjeneste | SØKNADSSKJEMALogopedAdresse: Pedagogisk utviklingstjeneste, Rådhusveien 3, 1940 BjørkelangenTlf. 63 85 25 00 |
| Skal sendes som papirutskrift! | Fylles ut av Ped. Utv. tjeneste | Mottatt dato | **Saksnr. (HK)** | J.nr. |
| **Kommune: Aurskog-Høland**  | KONFIDENSIELT  |
|  |
| **GJELDER**  |
| **Jente/kvinne [ ]  Gutt/mann [ ]  Etnisk bakgrunn        Språk, mest brukt** |
| Etternavn | Fornavn og mellomnavn | Fødselsnummer |
| Adresse | Postnr./-sted | Telefon |
|  |
| **[ ]** Dersom fosterhjem - ansvarlig kommune  |
| Dersom i skole/ barnehage - instansens navn  |
|  |
| FORELDRE/FORESATT/PÅRØRENDE |
| Mors navn / Pårørende 1 | Tlf. privat | Tlf. mobil | Tlf. jobb |
| Adresse | Poststed      |
| **[ ]** Biologisk mor**[ ]** Fostermor**[ ]** AdoptivmorPårørendes relasjon:………………… | **[ ]** Forelderansvar **[ ]** Daglig omsorg**[ ]** Samvær**[ ]** Ikke kontakt | Arbeidssted |
| Mors evt. samboer/ektefelle |
| E-post  |
| Fars navn / Pårørende 2 | Tlf. privat | Tlf. mobil | Tlf. jobb |
| Adresse: | Poststed |
| **[ ]** Biologisk far**[ ]** Fosterfar**[ ]** AdoptivfarPårørendes relasjon:…………………… | **[ ]** Forelderansvar **[ ]** Daglig omsorg**[ ]** Samvær**[ ]** Ikke kontakt | ArbeidsstedFars evt. samboer/ektefelle |
| E-post   |
|  |
| Hva er språk/talevanskene: (Man kan krysse av flere valg) |
| **[ ]** Taleflytvansker (stamming og løpsk tale) **[ ]** Dysfagi (spise- og svelgevansker) **[ ]** Afasi **[ ]** Dysartri **[ ]** Uttale (enkelte språklyder, /r/, /s/ el.) **[ ]**  Stemmevanske **[ ]** Apraksi**[ ]** Uttale (svært utydelig tale) **[ ]** Leppe-, kjeve- og ganespalte **[ ]** Pragmatiske vansker **Kort beskrivelse av vanskene:** |
| **Andre opplysninger/generell fungering:** |
| **Er vedkommende allerede vurdert/utredet av logoped [ ]** nei **[ ]** ja Hvis ja, logopedrapport medfølger **[ ]** Navn på logoped \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Har vedkommende vært til time hos fastlege [ ]** nei **[ ]** ja Hvis ja, legeuttalelse medfølger **[ ]**  Navn på fastlege \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Er vedkommende henvist andre instanser [ ]** nei **[ ]** ja Hvis ja, i så fall hvilke:Send med eventuelle uttalelser/rapporter fra relevante instanser  |
| **Har personen annen relevant sykdom/diagnose?** **[ ]** nei **[ ]** jaHvis ja, hvilken:  |
| For barnehage og skole**Er barnet henvist PPT i Aurskog-Høland kommune □** nei **□** jaHvis ja bes det om samtykke til samarbeid med PPT. |
| For barnehage og skole**Hvilke tiltak har blitt iverksatt eller prøvd ut, og hvilken effekt har dette hatt?** |
| For barnehage og skole**Hvilke kartlegginger og/eller tester er gjort**? Kartlegginger og tester er vedlagt **[ ]** 1 ……………………………………………………………….2 ……………………………………………………………….3 ……………………………………………………………….4 ……………………………………………………………….5 ………………………………………………………………. |
| Hvem tok initiativ til henvisningen?  |
|  |
| **Samtykkeskjema fylles ut og legges ved henvisningen (relevante samarbeidspartnere i saken avkrysses)** |

**Dato: Underskrift:**

**Dato: Underskrift:**