

|  |
| --- |
| **Lister Logopedtjeneste**PB 1004552 Farsund  |

Søknaden sendes til: (gjelder alle kommuner)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bostedskommune:   |   |  |  |
| Barnets navn:  |   |  | Personnummer:  |   |
| Adresse: Sted:  |   |  | Telefon:  |   |
| Mors navn:  |   |  | Telefon dagtid:  |   |
| Adresse: Sted:  |   |  | Mobil:  |   |
| Fars navn:  |   |  | Telefon dagtid:  |   |
| Adresse: Sted:  |   |  | Mobil:  |   |
| Skole/barnehage:  |   |  | Klasse/avdeling:  |   |
| Adresse:Sted: |  |  | Tlf/mobil: |  |
| Kontaktlærer / Pedagogisk leder:  |   |  |  |

|  |
| --- |
| Foresatte har ansvar for at barnet møter til logopedtreningen. |
| Søknad etter ønske fra :  |   |
| Person ved barnehage/skole som kan kontaktes vedrørende logopedtreningen |  |
| Tlf/mobil: |  |

Jevnlig trening mellom logopedtimene er en forutsetningen for at logopedhjelpen skal ha effekt. Logopeden setter opp treningsopplegg tilpasset det enkelte barn, og veileder de voksne i hvordan de skal trene med barnet. Derfor er det viktig at de voksne møter til logopedtimene.

Kryss av for hvorfor barnet trenger logoped? Årsak / vanske:

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_   | **1. Brudd i talerytmen (småbarnshakking / stamming)**  |
| \_\_  | **2. Stemmevansker Beskriv:**  |  |
| \_\_  | **3. Språklydsfeil**   |  |
|  | \_\_ **S - lyden** \_\_ **L – lyden** | \_\_ **R – lyden** \_\_ **G/K – lydene** |
|  | \_\_ **Andre (kommenter nedenfor)**  |
|  |

**4. Morsmål:** \_\_  **Tospråklig?** \_\_ **Språk:** \_\_  **Botid i Norge, antall år?** \_\_

**5. Er /Har barnet vært henvist PPT?** \_\_ **Ja** \_\_ **Nei**

|  |  |
| --- | --- |
|   **6. Har det vært søkt om logopedhjelp tidligere?**  | \_\_ **Ja** \_\_ **Nei**  |

 **Kartlegging fra barnehage/skole skal vedlegges:** \_\_ **Tras** \_\_ **Språk 6-16 \_\_** **Annet:** \_ \_

**Dersom barnet har en relevant diagnose, eller annen påvist vanske som kan påvirke språk/uttale, ber vi om en skriftlig bekreftelse på dette fra lege eller spesialist. Bekreftelsen må være av nyere dato, og ikke eldre enn 6 mnd.**

**Underskrift fra skole/barnehage**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dato:  |   | Utfylt av:  |   |
| Dato  |   | Underskrevet av rektor / styrer:  |   |

 **Foresatte samtykker til:**

\_\_ At nødvendig informasjon kan utveksles mellom barnehage/skole, PPT og logopedtjenesten.

\_\_ Søknaden kan videresendes til Helfo, hvis barnet har behov for behandling eller etterbehandling etter sykdom, skade eller lyte. Dokumentasjon vedlegges.

Dato: ………………………………..

Foresattes underskrift :………………………………………………………………………………………………………………….

 :………………………………………………………………………………………………………………….

**Legg gjerne ved eget ark med utfyllende opplysninger i saken.**

Versjon 1.3 08.02.21