

|  |
| --- |
| **Lister Logopedtjeneste**  PB 100  4552 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