



## Bakgrunnsupplýsingar

Nafn barns: \_\_\_\_\_

Kt: \_\_\_\_\_ Skóli: \_\_\_\_\_ Bekkur: \_\_\_\_\_

Heimilisfang: \_\_\_\_\_

Nafn föður: \_\_\_\_\_

Sama heimilisfang  Annað heimilisfang Netfang: \_\_\_\_\_

Nafn móður: \_\_\_\_\_

Sama heimilisfang  Annað heimilisfang Netfang: \_\_\_\_\_

Heimasími: \_\_\_\_\_ gsm föður: \_\_\_\_\_ gsm móður: \_\_\_\_\_

Nöfn og aldur systkina:

---

---

---

Hafa systkini átt í erfiðleikum með framburð, málproska eða heyrn? Ef já, lýsið nánar.

---

---

Er annað tungumál en íslenska heima við? Ef já, hvaða mál?

---

Hver hafði frumkvæði að tilvísun til talmeinafræðings að þessu sinni?

---

Lýstu áhyggjum þínum/ykkar varðandi tal, mál, samskiptahegðun og/eða námsfærni nemandans:

---

---

---

Hversu lengi hafið þið tekið eftir þessum vanda?

---

---

Hver heldur þú að sé orsök vandans?

---

---

Hefur þessi vandi áhrif á líðan barnsins í skólanum, félagslega stöðu og/eða námsfærni? Ef já, þá hvernig? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Hefur nemandinn farið í mat til talmeinafræðings áður? Hvenær og hver var vandinn þá?

---

---

---

Dagsetning \_\_\_\_\_

Útfyllt af: \_\_\_\_\_

Tengsl við nemanda:  Móðir  Faðir  Annað: \_\_\_\_\_