



Tilvísun til skólasálfræðings

TRÚNAÐARMÁL

Málið varðar

<input type="checkbox"/> Einstakan nemanda / barn	<input type="checkbox"/> Deild / bekk / hóp	<input type="checkbox"/> Starfsmann skóla	<input type="checkbox"/> Aðra, hvern / hverja?:
Leikskóli / grunnskóli:			
Ef einstaklingsmál - nafn:	Kennitala:	Deild/bekkur:	
Ef deild / bekkur / hópur - hvaða?			
Deildarstjóri leikskóla / umsjónarkennari			

Beiðni frá:

<input type="checkbox"/> Skóla	<input type="checkbox"/> Forsjáraðila / heimili	<input type="checkbox"/> Skóla og heimili	<input type="checkbox"/> Öðrum _____
--------------------------------	---	---	--------------------------------------

Óskað er eftir þjónustu

<input type="checkbox"/> Greiningu sálfræðings Fylgiskjól:	<input type="checkbox"/> Viðtölum við sálfræðing	<input type="checkbox"/> Annað
<input type="checkbox"/> Gátlisti fyrir heimili		
<input type="checkbox"/> Gátlisti fyrir kennara		

Ástæða beiðni og hvers er óskað af skólapijónustu

Gefið <u>ítarlega</u> lýsingu á erfiðleikum / vanda

Samþykki forsjáraðila að leitað sé til skólasálfræðings:

Með undirskrift sinni samþykkja forsjáraðilar að aflað sé nauðsynlegra gagna um barnið vegna vinnslu máls ásamt því að skriflegum niðurstöðum sé skilað til skóla/kennara eða annarra aðila sem niðurstöðurnar varða (lækna, sálfræðinga eða greiningarstofnanna). Unnið verður með allar upplýsingar sem trúnaðarmál.

Undirskrift forsjáraðila
Undirskrift forsjáraðila
Undirskrift tilvísanda

Staður: _____ Dagsetning: _____