

## Tilvísun til talmeinafræðings



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

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

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

Forráðamaður 1: \_\_\_\_\_

Netfang: \_\_\_\_\_ sími: \_\_\_\_\_

Forráðamaður 2: \_\_\_\_\_

Netfang: \_\_\_\_\_ sími: \_\_\_\_\_

Nöfn og aldur systkina:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hafa systkini átt í erfiðleikum með framburð, málþroska 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?

\_\_\_\_\_

Stoðþjónusta

Táknmálstúlkur / talmeinafræðingur

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?

---

---

---

Foreldrar/forráðamenn samþykkja að skriflegum niðurstöðum sé skilað til skóla/kennara eða annarra aðila sem niðurstöðurnar varða (lækna, sálfræðinga eða greiningastofnana á landsvísu).

Já

Nei

Dagsetning \_\_\_\_\_

Útfyllt af: \_\_\_\_\_

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