



GRAN KOMMUNE

Henvisningsskjema til Logopedtjenesten

1. Opplysninger om barnet	
Navn:	Fødselsdato:
Adresse:	
Postnummer/-sted:	Morsmål:

2. Opplysninger om foresatte	
Navn mor/foresatt:	
Adresse:	E-post:
Mobiltelefon:	Telefon til jobb:
Navn far/foresatt:	
Adresse:	E-post:
Mobiltelefon:	Telefon til jobb:

3. Barnehage/skole	
Navn på barnehage/skole:	Telefon:
Kontaktperson:	Telefon:

4. Henvisende instans (kan være foresatte)

Instans/navn:

E-post:

Telefon:

Stilling/relasjon til barnet:

5. Grunn for å henvise

- språklyd-vansker
- taleflytvansker (stamming, løpsk tale)
- stemmevansker
- leppe- /kjeve- /ganespalte
- CI (Cochlea implantat)/hørselhemming
- ønsker veiledning fra logoped

Beskriv vansken:

6. Dato og underskrift

Sted og dato:

Underskrift foresatte:

Sted og dato:

Underskrift henvisende instans: