HENVISNING TIL AUDIOPEDAGOG

**Henvisningen gjelder**

|  |
| --- |
| Navn: |
| Født: | Avd/klasse: | Kjønn: |
| Barnehage/skole: | Ansvarlig pedagog:  |

**Foresatte:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Foresatt 1** |  |
| Navn: | Mobilnr: |
| Adresse: |
| Postnr. | Sted:  |  |
| E-post: |
| **Foresatt 2**  |
| Navn: | Mobilnr: |
| Adresse: |
| Postnr. | Sted:  |  |
| E-post: |

**Henvisningsgrunn**

Kopi av audiogram må legges ved henvisningen

**Andre opplysninger om eleven:**

Diagnose: ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Annet:­­­­­­­­­­­­­­ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Samtykke**:

Jeg samtykker til

* samarbeid med PPT
* samarbeid med Spesialpedagogisk tjeneste avdeling barnehage
* samarbeid med høresentral
* samarbeid med skole/barnehage
* samarbeid med Statped
* samarbeid med andre instanser:

Sett kryss om dere ønsker:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Veiledning skole/barnehage | Veiledning foreldre | Tilrettelegging skole/barnehage |
|  |  |  |

dato: ……… ……………………………....……

 underskrift forelder

dato: ……… ……………………………………

 Underskrift forelder

dato: ……… ………..........………………...

kontaktlærer/avd.leder