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