



Skólafjónusta Norðurlands

Ketilsbraut 7-9 640 Húsavík Sími: 464-6100 kt: 640169 - 5599

Tilvísun til skólafjónustu vegna leikskólabarns

Vinsamlegast fyllið vandlega út

Nafn barns:	_____	Kennitala:	_____
Heimili:	_____		
Skóli:	_____	Bekkur:	_____
Sími:	_____		
Umsjónarkennari:	_____		
Tilvísun kemur frá:	<input type="checkbox"/> Skóla	<input type="checkbox"/> Heimili	<input type="checkbox"/> Heilsugæslu/lækni
	<input type="checkbox"/> Öðrum		

Móðir / stjúpá / forráðarmaður	_____			
Heimasími / farsími / vinnusími / netfang	_____			
Faðir / stjúpi / forráðarmaður	_____			
Heimasími / farsími / vinnusími / netfang	_____			
Hjá hverjum býr barnið? Merkið þar sem við á:				
<input type="checkbox"/> Móðir og föður	<input type="checkbox"/> Einstæðri móðir	<input type="checkbox"/> Einstæðum föður		
<input type="checkbox"/> Móður og stjúpá	<input type="checkbox"/> Föður og stjúpu	<input type="checkbox"/> Öðrum - hverjum? _____		
Forræði er hjá:	<input type="checkbox"/> Móðir og föður	<input type="checkbox"/> Móður	<input type="checkbox"/> föður	<input type="checkbox"/> Öðrum - hverjum? _____

Um hvað er beðið?			
<input type="checkbox"/> Málþroskamat	<input type="checkbox"/> Framburðarmat	<input type="checkbox"/> Almennt þroskamat	
<input type="checkbox"/> Teymisvinna	<input type="checkbox"/> Ráðgjöf við starfsfólk deildar	<input type="checkbox"/> Ráðgjöf við foreldra	
<input type="checkbox"/> Athugun á einkennum ADHD	<input type="checkbox"/> Athugun á einkennum einhverfu	<input type="checkbox"/> Athugun v/hegðunarerfiðleika	
<input type="checkbox"/> Skimun (t.d. HLJÓM-2)	<input type="checkbox"/> Athugun á líðan barns	<input type="checkbox"/> Annað:	

Liggur fyrir sérstakt mat kennara eða annarra aðila innan eða utan skólans? Já Nei

Merkið við greiningaraðila ef við á:

Sérkennari Sálfræðingur Iðjuþjálfari Talmeinafræðingur Kennsluráðgjafi Annar

Skimanir sem gerðar hafa verið og niðurstöður þeirra:

EFI - 2

HLJÓM-2

TRAS

MÍÓ



Hvencær var fyrst tekið effir erfiðleikum?

Er barnið á lyfjum? Já Nei Ef já, hvaða lyfjum, vegna hvers og hversu lengi?

Hvað hafa skóli og foreldrar gert til að mæta þessum erfiðleikum? Hvencær var þetta reynt og hversu lengi?

- | | | |
|---|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Samstarf heimilis og skóla | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sérkennsla | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Samskiptabók | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Foreldrar leitað ráðgjafar | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Umbunarkerfi | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Stuðningur á deild | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Talþjálfun | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Einstaklingsáætlun | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sjónræn stundaskrá | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Teymisvinna | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Iðjuþjálfun | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Félagsfærnisögur/sjónræn fyrirmæli | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Jákvæð einvera | Tímabil | _____ |
| <input type="checkbox"/> Málörvun | Tímabil | _____ |



Hver var árangur af aðgerðum leikskóla og foreldra?

Lýsið styrkleika nemandans:

Lýsið veikleikum nemandans:

- Tilvísun fylgir upplýst samþykki um meðferð persónuupplýsinga undirritað af foreldri/forráðarmanni

Samþykki og undirskrift forsjáraðila (nafn og kennitala)

Samþykki og undirskrift forsjáraðila (nafn og kennitala)

Undirskrift skólustjóra eða í umboði hans

Dagsetning

Mótttekið:

Til umfjöllunar:

Svar/afgreiðsla:

Á ábyrgð: