



## NORÐURÞING

Ketilbraut 7 - 9 640 Húsavík Sími: 4646 100 fax: 4646 101  
Netfang: nordurthing@nordurthing.is Veffang: www.nordurthing.is

### Tilvísun til skólalýsingar vegna grunnskólakennara

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 / stjúpa / forráðamaður	Heimasími / farsími	Vinnusími	Netfang
Faðir / stjúpfi / forráðamaður	Heimasími / farsími	Vinnusími	Netfang
<b>Hjá hverjum býr barnið?</b> Merkið þar sem við á: <input type="checkbox"/> Móður og föður <input type="checkbox"/> Einstæðri móður <input type="checkbox"/> Einstæðum föður <input type="checkbox"/> Móður og stjúpa <input type="checkbox"/> Föður og stjúpfi <input type="checkbox"/> Öðrum – hverjum? _____			
<b>Forræði er hjá :</b> <input type="checkbox"/> Móður og föður <input type="checkbox"/> Móður <input type="checkbox"/> Föður <input type="checkbox"/> Öðrum – hverjum? _____			

### Ástæða tilvísunar (númerið eftir vægi, þar sem 1 hefur mest vægi)

ATH. að fylla einungis út þau atriði sem eiga við tilvísunina. Fyllið út viðeigandi gátlista og látið fylgja tilvísun. Á gátlistum kemur fram hvort fylla þurfi út skimunarlista áður en tilvísun er send.

<input type="checkbox"/> Slæm skólasókn	<input type="checkbox"/> Lestrarferðleikar /stafsetn	<input type="checkbox"/> Máltjáning / Málskilningur
<input type="checkbox"/> Grunur um seinþroska	<input type="checkbox"/> Stærðfræðiferðleikar	<input type="checkbox"/> Framburður
<input type="checkbox"/> Hegðunarvandkvæði	<input type="checkbox"/> Erfiðleikar á heimili einstaklings	<input type="checkbox"/> Líðan nemandi
<input type="checkbox"/> Hreyfiþroski	<input type="checkbox"/> Félagstengsl / Einelti	<input type="checkbox"/> Nemandi með annað móðurmál/tvítyngi
<input type="checkbox"/> Grunur um röskun á einhverfurófi	<input type="checkbox"/> Einbeitingarskortur/ofvirkni/hvatvísi	<input type="checkbox"/> Þátttaka í teymi
<input type="checkbox"/> Óskað eftir viðtölum við námsráðgjafa	<input type="checkbox"/> Slök námsstaða / mat á námsgetu	
<input type="checkbox"/> Annað: _____		

### Nánari lýsing á tilvísunarástæðu – um hvað er beðið?

Núverandi námsrángur miðað við jafnaldra. Merkið í viðeigandi reit.



## NORÐURÞING

Ketilbraut 7 - 9 640 Húsavík Sími: 4646 100 fax: 4646 101  
Netfang: nordurthing@nordurthing.is Veffang: www.nordurthing.is

Námsgreinar	Mikið fyrir neðan meðallag	Fyrir neðan meðallag	Í meðallagi	Fyrir ofan meðallag
Íslenska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stærðfræði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tungumál	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verkgreinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listgreinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Íþróttir/sund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Merkið í viðeigandi reit

	Mjög slæm	Slæm	Í meðallagi	Mjög góð
Námsástundun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hegðun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Líðan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Félagsleg staða	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Merkið við greiningaraðila ef við á:

Sérkennari  Sálfræðingur  Læknir  Iðjubjálfi  Talmeinafræðingur  Kennsluráðgjafi  Annar

Sækir barnið viðtöl hjá öðrum fagaðila? Já Nei

Ef já, þá hverjum? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Samþykki og undirskrift forsjáraðila

\_\_\_\_\_

Samþykki og undirskrift forsjáraðila

\_\_\_\_\_

Samþykki forsjáraðila fyrir því að Skólaþjónusta  
fái aðgang að heilsufarsupplýsingum og  
heilsugæslulæknir fái aðgang að gögnum  
Skólaþjónustu um barnið ef ástæða  
þykir til.

\_\_\_\_\_

Undirskrift skólastjóra eða í umboði hans

\_\_\_\_\_

Dagsetning

Mótttekið:

Til umfjöllunar:

Svar/afgreiðsla

Á ábyrgð: