



Skólafjónusta Norðurlands

Ketilsbraut 7-9 640 Húsavík Sími: 464-6100 nordurthing@nordurthing.is

Tilvísun til skólafjónustu vegna leikskólabarns

Vinsamlegast fyllið vandlega út

Nafn barns: _____ Kennitala: _____

Heimili: _____

Skóli: _____ Bekkur: _____ Sími: _____

Umsjónarkennari: _____

Tilvísun kemur frá: Skóla Heimili Heilsugæslu/lækni Öðrum

Forráðaraðili: _____

Kennitala: _____

Heimasími / farsími / vinnusími / netfang _____

Forráðaraðili: _____

Kennitala: _____

Heimasími / farsími / vinnusími / netfang: _____

Hjá hverjum býr barnið? Skrifðu tengls við barn

Forræði er hjá: _____

Um hvað er beðið?

- | | | |
|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Málproskamat | <input type="checkbox"/> Framburðarmat | <input type="checkbox"/> Almenn þroskamat |
| <input type="checkbox"/> Teymisvinna | <input type="checkbox"/> Ráðgjöf til skóla | <input type="checkbox"/> Ráðgjöf til foreldra |
| <input type="checkbox"/> Lesgreiningu | <input type="checkbox"/> Athugun á einkennum einhverfu | <input type="checkbox"/> Athugun á einkennum ADHD |
| <input type="checkbox"/> Námsgetumat | <input type="checkbox"/> Athugun á líðan barns | <input type="checkbox"/> Skólafærnisathugun |
| <input type="checkbox"/> Annað: | _____ | |

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

Merkið við greiningaraðila ef við á:

Sérkennari Sálfræðingur Iðjupjálfi Talmeinafræðingur Kennsluráðgjafi Annar

Skimanir sem gerðar hafa verið og niðurstöður þeirra:

- EFI - 2 _____
- HLJÓM - 2 _____
- TRAS _____
- MÍÓ _____

Af hverju hafa tilvísendur mestar áhyggjur?



Hvenær var fyrst tekið eftir erfiðleikum?

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

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

Samstarf heimilis og skóla Tímabil _____

Sérkennsla Tímabil _____

Samskiptabók Tímabil _____

Foreldrar leitað ráðgjafar Tímabil _____

Umbunarkerfi Tímabil _____

Stuðningur á deild Tímabil _____

Talþjálfun Tímabil _____

Einstaklingsáætlun Tímabil _____

Sjónræn stundaskrá Tímabil _____

Teymisvinna Tímabil _____

Iðjuþjálfun Tímabil _____

Félagsfærnisögur/sjónræn fyrirmæli Tímabil _____

Jákvæð einvera Tímabil _____

Málörvun Tímabil _____

Annað (lýsið nánar) _____

Hver var árangur af aðgerðum skóla og foreldra/forsjáraðila?



Lýsið styrkleika nemandans:

Lýsið veikleikum nemandans:

Tilvísun fylgir upplýst samþykki um meðferð persónuupplýsinga undirritað af foreldri/forsjáraðila

Samþykki og undirskrift forsjáraðila

Samþykki og undirskrift forsjáraðila

Undirskrift skólastjóra eða í umboði hans

Dagsetning

Móttakið:

Til umfjöllunar:

Svar/afgreiðsla:

Á ábyrgð:

senda umsókn með tölvupósti

prenta út umsókn



Skólajónusta Norðurlands

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