



Skólabjónusta Norðurlands

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

Tilvísun til skólabjónustu 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 / stjúpa / forráðarmaður	_____				
Kennitala:	_____				
Heimasími / farsími / vinnusími / netfang	_____				
Faðir / stjúpi / forráðarmaður:	_____				
Kennitala:	_____				
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 stjúpa	<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 (f.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 Iðjubjálfi 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?

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	_____



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: