



STRAND KOMMUNE

Kontakt skjema for logoped for barnehage og skole

Opplysninger om barnet/eleven

Navn (fornavn og etternavn)	Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse	Postnummer og sted
Telefonnummer	Morsmål

Opplysninger om familien

Opplysninger om foresatt 1	
Navn (fornavn og etternavn)	Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse	Postnummer og sted
Telefonnummer	E-post
Behov for tolk? Ja/nei	Hvilket språk?

Opplysninger om foresatt 2	
Navn (fornavn og etternavn)	Fødselsnummer (11 siffer)
Adresse	Postnummer og sted
Telefonnummer	E-post
Behov for tolk? Ja/nei	Hvilket språk?

Opplysninger om barnehage/skole

Barnehage/skole	Telefonnummer
Styrer/rektor	Styrer/rektor er kjent med henvisningen: ☐ Ja (sett kryss)
Pedagogisk leder/kontaktlærer	

Hvem tar kontakt

- | | | |
|--------------|--------------------------|--------------|
| Barnehage | ☐ | (sett kryss) |
| Skole | ☐ | (sett kryss) |
| Hjemmet | ☐ | (sett kryss) |
| Helsestasjon | ☐ | (sett kryss) |
| Andre; | ☐ | (sett kryss) |

Grunn for kontakt

--

Hva ønsker dere hjelp til?

--

Hørsel (sett kryss)

- | |
|--|
| ☐ Vi bekrefter at hørsel nylig er kontrollert |
|--|

Samtykke til kontakten

Vi trenger samtykke for å kunne behandle kontaktskjemaet. Foreldre samtykker for barn/elev under 15 år. Barn/elev over fylt 15 år samtykker selv. Samtykke er frivillig, og kan til enhver tid trekkes tilbake. Barn/elev over 12 år bør være kjent med innholdet i kontaktskjemaet.

Ved å signere dette kontaktskjemaet samtykker du/dere til at informasjon sendes til logoped i Strand kommune. Du/dere samtykker også til at opplysningene kan lagres og oppbevares inntil saken er avsluttet.

Du/dere gir samtykke til samarbeid med følgende andre instanser ved å sette kryss ved gjeldende påstand:

Jeg/vi samtykker til samarbeid med andre instanser (sett kryss):

- ☐ Barnehage/skole
- ☐ PPT
- ☐ Helsestasjon/skolehelsetjeneste
- ☐ Fastlege/spesialisthelsetjeneste
- ☐ Andre:

Jeg bekrefter med dette innhold i kontaktskjema:

Dato: _____ Underskrift: _____ (foresatte 1 og/eller foresatt 2)

Dato: _____ Underskrift: _____ (elev over 15 år)

Dato: _____ Underskrift: _____ (den som har fylt ut henvisning)

Dato: _____ Underskrift: _____ (helsestasjon)