

REMISS TILL SPRÅKFÖRSKOLEAVDELNINGEN

BIFROST BLÅ

Torshälls förskola

Vårt barn har en generell språkstörning eller grav expressiv språkstörning och har enligt bedömning av logoped, behov av placering på språkförskoleavdelning för kontinuerligt stöd.

Vi ansöker härmed om plats för:

Barnets namn	Personnummer
Adress	

Uppgifter om vårdnadshavare 1:

För- och efternamn	Adress- och postadress
E-post	Tel nr bostaden
Tel nr arb	Mobil nr

Uppgifter om vårdnadshavare 2:

För- och efternamn	Adress- och postadress
E-post	Tel nr bostaden
Tel nr arb	Mobil nr

Förskola

Barnets nuvarande förskola	
Kontaktperson	Telefonnummer

Syn och hörsel

Hörsel kontrollerad	Syn kontrollerad
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Datum..... bifoga ev. bilaga	Datum.....bifoga ev. bilaga

Språk och kommunikation - *Ifylls av remitterande logoped*

Datum för första logopedkontakten	Antal behandlingar
Får barnet logopedisk behandling nu?	Antal behandlingar
Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
Språklig diagnos:	

Beskriv hur barnet kommunicerar (med ord, ljud, gester, tecken etc):
Beskriv barnets uppmärksamhet och aktivitetsnivå:
Beskriv barnets förmåga till socialt samspel och ögonkontakt:

Sammanfatta barnets språkliga förmåga (ange ev. testresultat)

Språkförståelse	
Lexikon/begrepp	
Syntax/morfologi	
Fonologi	
Annat modersmål än svenska	
Ja	Nej
Vilket/vilka	
Finns behov av tolk?	
Ja	Nej
Finns eller pågår någon annan utredning?	
Ja	Nej
bifogas	
Har barnet haft kontakt med t ex barnhabilitering, BUP eller annat av intresse för ev. placering på språkförskoleavdelning?	
Ja	Nej
Vilket/vilka	

Är barnet anmält till en annan språkförskola, språkenhet eller dylikt?	
Ja	Nej
Vilken	
Är barnets hemkommun informerad om remissen?	
Ja	Nej
Vem har kontaktats? Vid vilken tidpunkt?	
Handlingar som bifogas:	
Logopedutlåtande	Övriga handlingar
Psykologutlåtande	-----
Pedagogiskt utlåtande	-----

Remittent

Remitterad logoped	Datum
Arbetsplats	
Telefonnummer	E-post
Fullständig adress	

Vårdnadshavares ansökan och underskrift

Härmed ansöker vi om en plats på språkförskoleavdelningen Bifrost blå vid Torshälls förskola. Vi ger mottagande verksamhet tillstånd att kontakta uppgiftslämnare som anges i ansökan.

(Ibland behöver vi kompletterande uppgifter från uppgiftslämnarna och vi ber om ert tillstånd att få kontakt med dem om det blir aktuellt.)

Ort och datum	
Vårdnadshavares namnteckning	Vårdnadshavares namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

Remissen skickas till:

Värmdö kommun, Utbildningskontoret, Avd Styrning och Kvalitet, 134 81 Gustavsberg

Märk kuvertet med språkförskola

Behandlingen av ovanstående personuppgifter sker enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Du kan läsa mer om hur dina personuppgifter behandlas på <https://www.varmdo.se/personuppgifter>