



HAMAR KOMMUNE
Spesialpedagogisk team

KONFIDENSIELT

HENVISNING AV BARN/UNGDOM TIL LOGOPEDTJENESTEN

Navn: _____ Født: _____

Foresattes navn : _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Barnehage/skole: _____ Klasse: _____

Pedagogisk leder/kontaktlærer: _____

Telefon: _____

En kort beskrivelse av vanskene: _____

Andre samarbeidspartnere: _____

Hvem ønsker henvisningen: _____

Dato

Foresattes underskrift

Dato

Styrer/rektor

Ped. leder/kontaktlærer

Henvisning mottatt logopedtjenesten: _____
Dato

Ansvarlig logoped: _____