



HAMAR KOMMUNE

Spesialpedagogisk team

MELDING OM BEHOV FOR LOGOPEDHJELP

I henhold til Lov om voksenopplæring, § § 4 og 5 meldes med dette at

Navn: _____ Født: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Nærmeste pårørende: _____

trenger logopedisk vurdering/undervisning på grunn av:

Språkvansker og/eller talevansker. Andre vansker. (Strek under).

En kort beskrivelse av vanskene: _____

Medisinske opplysninger:

Diagnose: _____ Ble syk, dato: _____ -

Lateralisering av cerebral skade: _____

Eventuelt resultat av C. T.: _____

Pareser: _____

Sensibilitetstap: _____

Mobilitet: _____

Hendthet: _____

Syn/hørsel: _____

Hemianopsi: _____

Henvisende instans: _____

Adresse: _____

Sted

Dato

Underskrift