



Til  
Logopedtjenesten i Nord-Odal kommune (Skjemaet leveres logopeden)

## MELDING OM BEHOV FOR LOGOPEDISK HJELP

Navn:	Født:	
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
Barnehage/skole:	Avd./klasse:	
Mor/foresatte:	Far/foresatte:	
Tlf.:	Tlf.:	
Mors adresse (dersom den er ulik barnets):	Fars adresse (dersom den er ulik barnets):	

Skriftlig tilbakemelding til:

mor                       far                       mor og far

**Trenger logopedisk vurdering/oppfølging på grunn av:**

Kryss av:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stammer                       | <input type="checkbox"/> Forsinket språkutvikling |
| <input type="checkbox"/> Leppe/kjeve/ganespalte        | <input type="checkbox"/> Stemme problemer         |
| <input type="checkbox"/> Artikulasjon/språklydsvansker | <input type="checkbox"/> Lese/skrivevansker       |

Tidligere tiltak/ev. tester:

**Foresattes underskrift:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(sted/dato)

\_\_\_\_\_  
(underskrift barnehage/skole/helsestasjon)