

## Remiss till Språkförskolan Delfinen

### Person- och adressuppgifter

|                                                                 |                |
|-----------------------------------------------------------------|----------------|
| Barnets namn                                                    | Personnummer   |
| Gatuadress, postnummer och postort                              |                |
| Vårdnadshavare 1                                                | E-post         |
| Telefon                                                         | Telefon arbete |
| Gatuadress, postnummer och postort (om annan adress än barnets) |                |
| Vårdnadshavare 2                                                | E-post         |
| Telefon                                                         | Telefon arbete |
| Gatuadress, postnummer och postort (om annan adress än barnets) |                |

### Barnomsorg

|                              |               |
|------------------------------|---------------|
| Barnets nuvarande barnomsorg | Avdelning     |
| Adress                       |               |
| Kontaktperson                | Telefonnummer |

## Remittent

|                      |            |
|----------------------|------------|
| Remitterande logoped | Datum      |
| Telefon              | E-post     |
| Arbetsplats          | Postadress |

|                                                                                                                                                                                                           |                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| Datum för första logopedkontakten                                                                                                                                                                         | Antal behandlingar |
| Får barnet logopedisk behandling nu?<br>Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>                                                               | Ev kommentar       |
| Har eller har barnet haft kontakt med t ex barnhabilitering, BUP eller annat av intresse för ev placering på språkförskola?<br>Ja <input type="checkbox"/> Vilken/vilka..... Nej <input type="checkbox"/> |                    |
| Är barnet anmält till annan språkförskola, språkenhet eller dylikt?<br>Ja <input type="checkbox"/> Vilken/vilka..... Nej <input type="checkbox"/>                                                         |                    |

## Hörsel och syn

|                                                                                                                      |                                                                                                                   |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Hörsel kontrollerad</b><br>Ja <input type="checkbox"/> Datum ..... Nej <input type="checkbox"/><br>Resultat ..... | <b>Syn kontrollerad</b><br>Ja <input type="checkbox"/> Datum ..... Nej <input type="checkbox"/><br>Resultat ..... |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## Psykologkontakt

|                                                                                                                                                                |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Är barnet utvecklingsbedömt av psykolog?<br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Står på väntelista <input type="checkbox"/><br>Var? ..... |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

## Bifogade handlingar

|                                                                                                                                                                                   |  |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|
| Markera vilka handlingar som bifogas:<br><input type="checkbox"/> Logopedutlåtande<br><input type="checkbox"/> Psykologutlåtande<br><input type="checkbox"/> Pedagogisk bedömning |  | <input type="checkbox"/> Övriga handlingar<br>Vilka? ..... |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|

## Språk och kommunikation

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 eventuella testresultat)

Språkförståelse

Lexikon/begrepp

Syntax/morfologi

Fonologi

|                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Flerspråkighet</b><br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/><br>Vilka språk? .....<br>Barnet har vistats regelbundet i svenskspråkig barnomsorg sedan:<br>.....<br>Barnets starkaste språk: ..... |                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Har vårdnadshavare behov av tolk?</b><br>Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/><br>Vilket språk? .....<br>Eventuell dialekt .....                                                                 | <b>Bedömning av barnets övriga språk (ej svenska) har gjorts genom:</b><br><input type="checkbox"/> Formell bedömning<br><input type="checkbox"/> Informell bedömning<br><input type="checkbox"/> Anamnes<br>Eventuell kommentar: ..... |

### Vårdnadshavares ansökan och underskrift

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Härmed ansöker vi om plats på Språkförskolan Delfinen.<br><input type="checkbox"/> Språkförskolan får kontakta uppgiftslämnare som anges i ansökan.<br><input type="checkbox"/> Språkförskolan får ta del av journaler som är relevanta för bedömningen. |                                      |
| <b>Ort och datum</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |
| <b>Namnteckning vårdnadshavare 1</b>                                                                                                                                                                                                                                              | <b>Namnteckning vårdnadshavare 2</b> |
| <b>Namnförtydligande</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Namnförtydligande</b>             |

### Remiss och bilagor skickas till:

Nacka kommun  
 Språkförskolan Delfinen / Logopeden  
 Jarlabergs förskola  
 131 81 Nacka