



**NACKA**  
KOMMUN

## Remiss till Språkförskolan Delfinen, vid Jarlabergsskolan

### PERSON- OCH ADRESSUPPGIFTER

Barnets/Elevens namn		Personnr
Vårdnadshavare 1		e-post
Adress		
Tel hem	Tel arb	Mobil
Vårdnadshavare 2		e-post
Tel hem	Tel arb	Mobil

### BARNOMSORG/SKOLA

Barnets/Elevens nuvarande barnomsorg/skola	Finns resurstimmar? Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Antal timmar .....
Adress	Avdelning/Årskurs
Kontaktperson	Telefonnummer

### SYN OCH HÖRSEL

Hörsel kontrollerad Ja <input type="checkbox"/> Datum ..... Nej <input type="checkbox"/> Resultat .....	Syn kontrollerad Ja <input type="checkbox"/> Datum..... Nej <input type="checkbox"/> Resultat .....
Datum för första logopedkontakten	Antal behandlingar
Får barnet/eleven logopedisk behandling nu? Individuellt <input type="checkbox"/> I grupp <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ev kommentar

## SPRÅK OCH KOMMUNIKATION

Språklig diagnos	
Beskriv hur barnet/eleven kommunicerar (med ord, ljud, gester, tecken etc)	
Beskriv barnets/elevens uppmärksamhet och aktivitetsnivå	
Beskriv barnets/elevens förmåga till socialt samspel och ögonkontakt	
Sammanfatta barnets/elevens språkliga förmåga (ange ev testresultat)	
<u>Språkförståelse</u>	
<u>Lexikon/begrepp</u>	
<u>Syntax/morfologi</u>	
<u>Fonologi</u>	
<b>Flerspråkighet</b>	
Ja <input type="checkbox"/> Vilket/vilka..... Ursprungsland:.....	
Nej <input type="checkbox"/> .....	
<b>Finns behov av tolk?</b>	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Är barnet/eleven utvecklingsbedömt?</b>	
Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Står på väntelista <input type="checkbox"/>	
Var:.....	

Har barnet/eleven haft /har kontakt med t ex barnhabilitering, habiliteringscenter, BUP eller annat av intresse för ev placering på språkförskola?	
Ja <input type="checkbox"/>	Vilken/vilka..... Nej <input type="checkbox"/>
Är barnet/eleven anmält till annan språkförskola, språkenhet eller dylikt?	
Ja <input type="checkbox"/>	Vilken/vilka..... Nej <input type="checkbox"/>
Är barnets/elevens hemkommun informerad om remissen?	
Ja <input type="checkbox"/>	Vem har kontaktats? Vid vilken tidpunkt?.....
Nej <input type="checkbox"/>	
<b>Handlingar som bifogas:</b>	
Logopedutlåtande <input type="checkbox"/>	Övriga handlingar <input type="checkbox"/>
Psykologutlåtande <input type="checkbox"/>	.....
Pedagogisk bedömning <input type="checkbox"/>	.....

**REMITTENT**

Remitterande logoped	Datum
Arbetsplats	
Telefonnummer	E-post
Fullständig adress	

**VÅRDADSHAVARES ANSÖKAN OCH UNDERSKRIFT**

<input type="checkbox"/> Härmed ansöker vi om en plats vid Språkförskolan Delfinen vid Jarlabergs skola och förskolor. <input type="checkbox"/> 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 ta kontakt med dem om det blir aktuellt.)	
Ort och datum	
Vårdnadshavares namnteckning	Vårdnadshavares namnteckning
Namnförtydligande	Namnförtydligande

REMISSEN SKICKAS TILL:

**LOGOPEDEN, SPRÅKFÖRSKOLAN DELFINEN  
JARLABERGSSKOLAN  
JARLABERGSVÄGEN 131 48 NACKA**