



Staðfesting móttöku: _____

Almennar upplýsingar

Nafn barns		Kennitala	
Heimilisfang		Sími	Póstnúmer
Móðir barns		Kennitala	Netfang
Heimilisfang		Sími	Póstnúmer
Faðir barns		Kennitala	Netfang
Heimilisfang		Sími	Póstnúmer
Móðurmál barns	Móðurmál móður	Móðurmál föður	
Forráðamaður barns			
Hjá hverjum býr barnið			

Upplýsingar um skóla

Skóli	Deild/bekkur	Deildarstjóri/umsjónarkennari
-------	--------------	-------------------------------

Ástæða tilvísunar

1.
2.
3.
4.

Með tilvísun er óskað eftir þjónustu:

<input type="checkbox"/>	Sérkennsluráðgjafa	
<input type="checkbox"/>	Talmeinafræðings	
<input type="checkbox"/>	Sálfræðings	
<input type="checkbox"/>	Túlkþjónusta vegna foreldraviðtals	Tungumál; _____
<input type="checkbox"/>	Annað:	

Lýsing kennara á því sem veldur mestum áhyggjum varðandi barnið

Staða barnsins miða við jafnaldra - greinagóð lýsing á stöðunni að mati kennara

Einbeiting:

Hegðun:

Líðan:

Virkni:

Proskastaða:

Samskipti:

Styrkleikar:

Mæting:

Úrræði skólans fram að þessu

<input type="checkbox"/>	Einstaklingsnámskrá	<input type="checkbox"/>	Félagsfærniþjálfun
<input type="checkbox"/>	Stuðningur inni á deild/í bekk	<input type="checkbox"/>	Sérkennsla - lýsið nánar _____
<input type="checkbox"/>	Hreyfiþjálfun (fín- og grófhreyfingar)		
<input type="checkbox"/>	Málörvun framburður/tjáning/skilningur	<input type="checkbox"/>	Þjálfun í úthaldi og einbeitingu
<input type="checkbox"/>	Hegðunarmótun	<input type="checkbox"/>	Tákn með tali
<input type="checkbox"/>	Hegðunarfrávik skráð	<input type="checkbox"/>	Mál barns tekið fyrir í samráðsteymi
<input type="checkbox"/>	Umbunarkerfi- lýsið nánar	<input type="checkbox"/>	Þjálfun sjálfshjálp

Lýsið nánar til hvaða úrræða hefur verið gripið og hve lengi:

Hvaða athuganir hafa verið gerðar í skólanum

<input type="checkbox"/>	AAL-listinn	<input type="checkbox"/>	Atferlisskráning
<input type="checkbox"/>	Hjóm-2	<input type="checkbox"/>	Hreyfiþroskaskimun
<input type="checkbox"/>	Skráning á hegðun (AHA)	<input type="checkbox"/>	CBCL
<input type="checkbox"/>	Kuno Beller	<input type="checkbox"/>	ADHD-listi
<input type="checkbox"/>	Told	<input type="checkbox"/>	ASSQ-listi
<input type="checkbox"/>	Gerd Strand	<input type="checkbox"/>	SDQ-listi
<input type="checkbox"/>	Íslenski smábarnalistinn	<input type="checkbox"/>	Tove Korgh
<input type="checkbox"/>	Íslenski þroskalistinn	<input type="checkbox"/>	Logos
<input type="checkbox"/>	Orðaskil	<input type="checkbox"/>	Talnalykill
<input type="checkbox"/>	Tras	<input type="checkbox"/>	AEPS
<input type="checkbox"/>	EFI-2		
<input type="checkbox"/>	Annað _____		

Hefur barnið fengið sérfræðiaðstoð utan skóla? Hvenær?

<input type="checkbox"/>	Bugl	<input type="checkbox"/>	GRR
<input type="checkbox"/>	Greining sálfræðings	<input type="checkbox"/>	Talþjálfun
<input type="checkbox"/>	Iðjuþjálfun	<input type="checkbox"/>	Heyrnar/talmeinast.
<input type="checkbox"/>	Sjúkraþjálfun	<input type="checkbox"/>	Sjónstöð
<input type="checkbox"/>	Annað _____		

Forráðamaður samþykkir með X eftirfarandi fylgiskjöl með tilvísun:

<input type="checkbox"/>	Einstaklingsnámskrá
<input type="checkbox"/>	Atferlisskráning
<input type="checkbox"/>	Greinagerð
<input type="checkbox"/>	Myndbönd/upptökur
<input type="checkbox"/>	Annað:
<input type="checkbox"/>	

Staða barnsins miða við jafnaldra - greinagóð lýsing á stöðunni að mati foreldra

Hegðun:

Líðan:

Samskipti:

Styrkleikar:

Áhugamál:

Annað sem forráðamaður vill koma á framfæri:

Forráðamaður samþykkir að málefni barnsins og fjölskyldu þess séu rædd í teymi starfsmanna sérfræðiþjónustunnar að því marki sem það er nauðsynlegt fyrir vinnslu málsins

Undirskrift forráðamanns

Undirskrift forráðamanns

Staðfesting skóla

Dagsetning