



Staðfesting móttöku: \_\_\_\_\_

### Almennar upplýsingar

Nafn barns		Kennitala	
Heimilisfang		Sími	Póstnúmer
Forráðamaður 1		Kennitala	Netfang
Heimilisfang		Sími	Póstnúmer
Forráðamaður 2		Kennitala	Netfang
Heimilisfang		Sími	Póstnúmer
Móðurmál barns	Móðurmál form. 1	Móðurmál form. 2	
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