



**Indstillingsskema til CKV’s sprogtilbud for børn**

Barnets navn:

Cpr.nr.: Barnets alder:

Adresse:

Institution/skole:

Adresse:

Telefon: E-mail:

Pædagog:

Mors navn:

Cpr.nr.:

Adresse:

Mobil: E-mail:

Fars navn:

Cpr.nr.:

Adresse:

Mobil: E-mail:

Logopædisk information

*Beskrivelse af aktuel motivation for henvisning; herunder angivelse af testscorer og/eller beskrivelse af, hvordan vanskelighederne kommer til udtryk i barnets hverdag.*

*- Ved fonologi: vedlæg LogoFoVa (maks. 6 mdr. gammel)*

*- Ved øvrige vanskeligheder: vedlæg evt. testscorer.*

Logopædisk status

*Er der undervist siden seneste testning, foretrækkes en kort beskrivelse af den udvikling, der er sket i løbet af undervisningen rem for fornyet testning. ’*

*- Er barnet ikke testet med LogoFoVa, noteres dette, så foretages testningen ved sproggruppens opstart.*

Øvrige informationer

*Familiære dispositioner for sproglige vanskeligheder/dysleksi?*

*Hvordan forventes barnet at indgå i en gruppesetting?*

Ansvarlige logopæd:

Henviser:

Adresse:

Telefon: E-mail:

Sendes på sikker vis via MedCom eller ckv@rsyd.dk

Som forælder giver jeg med min underskrift samtykke til, at henvisningsskema må fremsendes til CKV sammen med relevante sagsakter vedr. mit barn. Herunder evt. logopædisk vurdering samt testmateriale vedr. udredning af sproglige vanskeligheder. CKV må efter endt forløb på CKV, give tilbagemelding til relevante fagpersoner samt mit barns institution/skole. Mit barns oplysninger behandles fortroligt i henhold til gældende lovgivning.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift (forælder) Dato

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Underskrift (forælder) Dato