



Mótt.

Dags.

Kvittun

Trúnaðarmál

Tilvísun til sérfræðipjónustu

1. Nemandi	Fæðingard./ kennitala		
Heimilisfang			
Skóli	Bekkur		
2. Móðir / stjúpa / forráðamaður	Heimasími	Vinnusími	Farsími
Heimilisfang		Netfang	
3. Faðir / stjúpi / forráðamaður	Heimasími	Vinnusími	Farsími
Heimilisfang		Netfang	

4. Tilvísun frá:

Skóla Heilbrigðisþjón Heimili Nemanda Öðrum

5. Ástæða tilvísunar (númerið eftir vægi, þar sem 1 hefur mest vægi)

ATH. að fylla einungis út þau atriði sem eiga við tilvísunina.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Slæm skólasókn | <input type="checkbox"/> Lestrarerfiðleikar |
| <input type="checkbox"/> Grunur um seinþroska | <input type="checkbox"/> Stærðfræðierfiðleikar |
| <input type="checkbox"/> Hegðunarvandkvæði | <input type="checkbox"/> Stafsetningarerfiðleikar |
| <input type="checkbox"/> Líðan nemanda | <input type="checkbox"/> Máltjáning |
| <input type="checkbox"/> Aðlögunarerfiðleikar | <input type="checkbox"/> Málskilningur |
| <input type="checkbox"/> Hreyfiproski | <input type="checkbox"/> Framburður |
| <input type="checkbox"/> Félagstengsl | <input type="checkbox"/> Einelti |
| <input type="checkbox"/> Einbeitingarskortur / ofvirkni | <input type="checkbox"/> Erfiðleikar á heimili einstaklings |
| <input type="checkbox"/> Sérstök líkamleg vandamál (t.d. flogaveiki, líkamleg fötlun, hvaða)?
Annað | |

Hvers er óskað?

Vinsamlegast fyllið út öll viðeigandi atriði á þessu tilvísunareyðublaði



NÁNARI LÝSING Á TILVÍSUNARÁSTÆÐU

A. Núverandi námsárangur miðað við jafnaldra. Tilgreinið námsgreinar og merkið ✓ í viðeigandi reit.

Námsgreinar	Mikið fyrir neðan meðallag	Fyrir neðan meðallag	Í Meðallagi	Fyrir ofan meðallag
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Miðað við aðra nemendur á sama aldri (merkið ✓ í viðeigandi reit).

	Slæm	Sæmileg	Meðal	Góð	Mjög góð
1. Námsástundun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hegðun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Líðan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Félagsleg staða	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C. Hvað hefur verið gert í skóla (sérkennsla, viðtöl, bekkjarvinna, annað)?

.....

.....

D. Hefur barnið fengið sérfræðiaðstoð fyrr? Já Nei

Hvenær?

Hjá hverjum?

Samþykki foreldra/forráðamanna að leitað sé til sérfræðipjónustu? Já Nei

Dagsetning:

Undirskrift foreldra / forráðamanns

Undirskrift tilvísunaraðila