



HENVISNING/SØKNAD TIL LOGOPED

- i henhold til Opplæringslova § 4A-2

Navn: Fødselsnummer (11 siffer):

Adresse:

Postnr og sted:

Stilling:

Telefon privat/mobil: Telefon arbeid (evt):

E-postadresse (evt):

Navn på henviser (evt):

Ønsker vurdering /henvisning til logoped (kryss av)

På grunn av (kryss av):

Afasi Apraksi Høyrehemisfære
Dysartri Hukommelse Annet

Kort beskrivelse av vanskene:

Eventuell tidligere logopedundervisning:

Henvissende instans:

Sted

Dato

Underskrift (henviser/søker)