

Barnets navn

Barnets CPR nr.

Forældrenavn:

CPR

CPR

Adresse

Telefon

Hjem

Mobil

Arbejde

E-mail adresse:

Barnets daginstitution:

Adresse:

Telefon

Kommune

Kontaktperson

Kontaktens Mail

Hørelinik

Begrundelse for indstillingen:

Ønsker til Småbørnsrådgivningen

Forældrenes muligheder for at indgå i stimuleringen:

Barnets forhold til børn og voksne i hjem og daginstitution

Høretabets udvikling:

(sidste pædagogblad fra høreklub / audiologisk afdeling vedlægges)

Høremæssig status

Er synet normalt?

Sproglig og talemæssig status. (Evt. bilag)

Er barnet tildelt støtte? Ja Nej

Hvis ja – Hvor meget / i hvilket omfang?

Undersøgelser og tests (gerne bilag)

Pædagogiske:

Psykologiske:

Medicinske

Tilladelse til at indhente yderligere oplysninger

Pædagogisk, psykologisk og medicinsk Ja Nej

Er høreklinik/audiologisk afdeling orienteret om indstillingen til småbørnsrådgivningen? Ja Nej

Forældre

Vi er indforstået med, at den halvårslige statusrapport videresendes til os, pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR), evt. sagsbehandler og daginstitution.

Dato Navn (underskrift)

Kommunal indstilling ved tale-hørekonsulent

Dato Navn (underskrift)