**REMISS TILL SPRÅKFÖRSKOLA**

PERSON- OCH ADRESSUPPGIFTER

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnets namn** | **Personnr** |
| **Vårdnadshavare 1** | **e-post** |
| **Adress** |
| **Tel hem** | **Tel arb** | **Mobil** |
| **Vårdnadshavare 2** | **e-post** |
| **Tel hem** | **Tel arb** | **Mobil** |

FÖRSKOLA/BARNOMSORG

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Barnets nuvarande förskola/barnomsorg** | **Förstärkningstimmar på avdelning**Ja Antal timmar …………………… | Nej  |
| **Adress** |
| **Kontaktperson** | **Telefonnummer** |

SYN OCH HÖRSEL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hörsel kontrollerad**Ja  Datum ..........................Resultat ………………….…….…… | Nej  | **Syn kontrollerad**Ja  Datum....................................Resultat ………………………................ | Nej  |
| **Datum för första logopedkontakten** | **Antal behandlingar** |
| **Får barnet logopedisk behandling nu?**Individuellt  I grupp  Nej  | **Ev kommentar** |

SPRÅK OCH KOMMUNIKATION

|  |
| --- |
| **Språklig diagnos** |
| **Beskriv hur barnet kommunicerar** (med ord, ljud, gester, tecken etc) |
|  |
|  |
| **Beskriv barnets uppmärksamhet och aktivitetsnivå** |
|  |
| **Beskriv barnets förmåga till socialt samspel och ögonkontakt** |
|  |
| **Sammanfatta barnets språkliga förmåga** (ange ev testresultat) Språkförståelse |
| Lexikon/begrepp |
| Syntax/morfologi |
| Fonologi |
| **Flerspråkighet**Ja  Vilket/vilka...........................................................Nej  | Ursprungsland:……………………………………......………………………………………………………… |
| **Finns behov av tolk?**Ja  Nej  | **Har språklig bedömning gjorts på annat språk än svenska?**Ja  Vilket/vilka?………………………….. Nej  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Är barnet utvecklingsbedömt av psykolog?**Ja  Nej  | Står på väntelista Var:……………………………………………….. |
| **Har barnet /har haft / kontakt med t ex barnhabilitering, habiliteringscenter, BUP eller annat av intresse för ev placering på språkförskola?**Ja  Vilken/vilka..................................................................................................... Nej  |
| **Är barnet anmält till annan språkförskola, språkenhet eller dylikt?**Ja  Vilken/vilka..................................................................................................... Nej  |
| **Handlingar som bifogas:**Logopedutlåtande Psykologutlåtande Pedagogisk bedömning  | Övriga handlingar ………………………………………………………………………………………………………………. |

REMITTENT

|  |  |
| --- | --- |
| **Remitterande logoped.** | **Datum** |
| **Arbetsplats** |
| **Telefonnummer** | **E-post** |
| **Fullständig adress** |

VÅRDNADSHAVARES ANSÖKAN, SAMTYCKE OCH UNDERSKRIFT

|  |
| --- |
| * **Härmed ansöker vi om plats på språkförskolan Granen i Botkyrka kommun.**
* **Vi ger mottagande specialpedagogisk samordnare tillåtelse att kontakta uppgiftslämnare och förskolans biträdande rektor och/eller den som gjort en eventuell psykologisk bedömning för att vid behov få mer information för att kunna handlägga ansökan.**
* **Vi ger mottagande logoped tillåtelse att ta del av samtliga journaler som är relevanta för bedömningen.**
 |
| **Ort och datum** |
| **Vårdnadshavares namnteckning** | **Vårdnadshavares namnteckning** |
| **Namnförtydligande** | **Namnförtydligande** |

Remiss inklusive bilagor skickas till:

 Botkyrka kommun

 Utbildningsförvaltningen

 Lisbeth Lindman

 147 85 Botkyrka

Vid frågor kontakta:

 specialpedagogisk samordnare Lisbeth Lindman

 telefon 070 – 183 63 26 lisbeth.lindman@botkyrka.se

eller

logoped Johanna Enhörning telefon 070-206 41 18 johanna.enhorning@botkyrka.se

|  |
| --- |
| **Språkförskolan Granen****c/o Förskolan Granen**Upptagningsområde: Botkyrka kommunSankt Mikaels väg 4145 56 Norsborg070 189 63 29 |