**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](mailto: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 kommun  Sankt Mikaels väg 4  145 56 Norsborg  070 189 63 29 |