

HENVISNINGSSKJEMA TIL KOMMUNAL LOGOPED

Navn: _____

Fødsels- og personnummer: _____

Adresse: _____

Kort problemstilling:

Mor/foresatte: _____

Telefon: _____ E-post _____

Adresse: _____

Far/foresatte: _____

Telefon: _____ E-post _____

Adresse: _____

Barnehage/ skole: _____

Avdeling/ klasse: _____

Avdelingsleder/ klassestyrer: _____

SIDE 2 MÅ FYLLES UT

Logopedtjenesten i Rana

Postadresse: Postboks 173, 8601 Mo i Rana

Besøksadresse: Johan Nygaardsvoldsgt. 25, 8622 Mo i Rana

Telefon: 75145440 Epost: logoped@rana.kommune.no

Er klienten meldt til PPT Rana? JA NEI

Navn på saksbehandler: _____

Hvis klienten er meldt til PPT Rana, tillater vi at logopeden får tilgang til aktuelle opplysninger. JA NEI

Dato: _____

Foresattes underskrift: _____