Tilvising for vaksne med rett til logoped eller spesialpedagogisk hjelp

(Opplæringslova § 4A-2)

|  |
| --- |
| **Tilvisinga gjeld** |
| □ Spesialundervisning □ Logoped □ Anna\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Personopplysningar** | | |
| Namn: | | |
| Adresse: | | |
| Fødselsnummer (11 siffer): | | Telefon: |
| E-post adresse: | Morsmål: | |

|  |
| --- |
| **Arbeid – og yrkeserfaring** |
| Noverande arbeidsplass:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Eventuell kontaktperson:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tidlegare yrkeserfaring:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Skule / utdanning** | |
| Grunnskule: □  Vidaregåande skule: □  Studieretning vidaregåande skule:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Fagbrev:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Høgare utdanning:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Anna:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Bakgrunn for tilvisinga**  **Dokumentasjon må leggjast ved** (t.d. epikrise/uttale frå lege, logoped, rådgjevar eller anna behandlingsapparat) | |
| □ Lærevanskar  □ Samansette vanskar/funksjonshemmingar  □ Spesifikke vanskar, til dømes dysleksi  □ Logopedi: Afasi / språk- og talevanskar | □ Utviklingshemming  □ Skade ved sjukdom eller ulukke  □ Anna \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Spesifisering:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Eventuell pårørande / hjelpeverje / verje** | | |
| Rolle: | | |
| Namn: | Fødselsnr: (11 siffer): | |
| Adresse: | | |
| E-post: | | Telefon: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Har du delteke på vaksenopplæring tidlegare?** | |
| □ Ja  □ Nei | Om ja, legg ved uttale/rapport |
| **Føreligg det sakkunnig uttale frå Pedagogisk psykologisk teneste (PPT) eller annan instans frå tidlegare opplæring?** | |
| □ Ja  □ Nei  □ Veit ikkje | Om ja, legg ved uttalen |
| **Opplæringsbehov** | |
| Kva har du behov for opplæring i? | |
| Kven følger opp opplæringa?  (bustad, arbeidsplass, pårørande eller andre: | |

|  |
| --- |
| **Underskrift til brukar / pårørande / verje** |
| Stad og dato:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Underskrift Eventuelt pårørande / verje |