Skóla- og velferðarþjónusta ÁRNESÞINGS

TRÚNAÐARMÁL

Mótt.

Dags. Kvittun

Tilvísun til sérfræðiþjónustu vegna leikskólanemanda

Leikskóli:		**Deildarstjóri:**	
1. Nemandi		Kennitala	
Heimilisfang		Móðurmál:	
Póstnúmer	Staður		
2. Foreldri / forráðamaður A		Kennitala	Móðurmál
Heimilisfang		Netfang	Sími
3. Forerldi / forráðamaður B		Kennitala	Móðurmál
Heimilisfang		Netfang	Sími

4. Forsjá barns er:

❑ Sameiginleg ❑ Forráðamaður A ❑ Forráðamaður B ❑ Hjá öðrum:

5. Tilvísun frá:

❑ Skóla ❑ Heimili ❑ Nemanda ❑ Öðrum:

6. Tilvísun til:

❑ Sálfræðings ❑ Talmeinafræðings ❑ Kennsluráðgjafa ❑ Þroskaþjálfa

7. Ástæða tilvísunar *(númerið eftir vægi, þar sem ástæða 1 er mikilvægust og lýsir best vandanum)*

ATH. Að fylla einungis út þau atriði sem eiga við tilvísunina.

- ❑ Málþroski (tjáning og skilningur)
- ❑ Framburður
- ❑ Stam
- ❑ Grunur um frávik í þroska
- ❑ Grunur um röskun á einhverfurófi
- ❑ Næmni fyrir skynáreitum (áferð, hljóð, lykt, ljós ofl.)
- ❑ Grunur um ADHD (einbeiting/ofvirkni/ hvatvísi)
- ❑ Sýnir mótþróa
- ❑ Sýnir áráttukennda hegðun
- ❑ Líðan / tilfinningaleg viðbrögð
- ❑ Aðlögunarhæfni
- ❑ Félagsþroski / félagsfærni
- ❑ Hreyfiþroski (fínhreyfingar / grófhreyfingar)
- ❑ Sjálfshjálp (ADL)
- ❑ Annað: _____

Fyllist út af leikskóla

Mikilvægt er að það séu a.m.k. tveir sem fylli út þennan hluta, deildarstjóri/hópstjóri í samvinnu við annan fagaðila innan leikskóla sem þekkir stöðu barnsins vel.

Hverjir fylla út: _____

Hver er staða barnsins á eftirfarandi þáttum miðað við jafnaldra?

Hegðun:

Þarfnast þjálfunar/skoðunar			Að mestu leyti góð						Mjög góð
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Líðan:

Þarfnast þjálfunar/skoðunar			Að mestu leyti góð						Mjög góð
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Samskipti í samvinnu, samveru og leik með jafnöldrum:

Þarfnast þjálfunar/skoðunar			Að mestu leyti góð						Mjög góð
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Hverjar eru helstu ástæður tilvísunar?

Lýsið helstu áskorunum sem barnið glímir við, hve lengi hafa þær verið til staðar og hvernig birtast þær í daglegu starfi í leikskóla:

Hvernig hefur leikskóli komið til móts við þarfir barnsins?

Lýsið helstu styrkleikum og áhugamálum barnsins:

Hefur barnið áður fengið sérfræðiþjónustu (hjá öðrum en SVÁ). Ef svo er hvaða þjónustu og hvenær?

Fylgigögn:

- ☐ Matsblað foreldra/forráðamanna
- ☐ Yfirlit yfir skimanir og mat – fyllt út eftir því sem við á

Ef um er að ræða tilvísun til sálfræðings:

- ☐ Ofvirknikvarðinn (ADHD Rating Scale-IV)
- ☐ Spurningar um styrk og vanda (Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ)
- ☐ Skimunarlisti um einkenni á einhverfurófi (Autism Spectrum Screening Questionnaire; ASSQ).

Samþykki foreldra/forráðamanna að leitað sé til sérfræðiþjónustu? ☐ **Já** ☐ **Nei**

Með undirskrift samþykkir forsjáraðili að málefni barns séu rædd í þverfaglegu samstarfi stoðþjónustu skóla og Skóla- og velferðarþjónustu, að því marki sem nauðsynlegt er fyrir vinnslu málsins. Foreldrum/ forráðamönnum er kunnugt um vinnslu ofangreindra persónuupplýsinga og að málefni barns séu rædd á samráðsfundi leikskóla.. Samráðsfundur er samstarfsvettvangur deildarstjóra/stjórnenda leikskóla, sérfræðinga skólaþjónsutu og heilsugæslu. Jafnframt heimila foreldrar/forsjáraðilar með samþykki sínu á þessari beiðni að fulltrúar skólaþjónsutu afli upplýsinga og veiti þær, að því marki sem þykir nauðsynlegt, til að vinna að úrlausn mála.

Dagsetning: _____ _____
Undirskrift foreldris / forráðamanns

_____ _____
Undirskrift tilvísunaraðila Undirskrift foreldris / forráðamanns