

## ANSÖKAN TILL DET MOBILA SPRÅKTEAMET I SVALÖVS KOMMUN

Ansökan fylls i av leg. logoped tillsammans med vårdnadshavare.

Barnets namn	personnummer	
Bostadsadress	Postnummer	Ort
Vårdnadshavarens namn	Telefonnummer	Mobiltelefon
Vårdnadshavarens namn	Telefonnummer	Mobiltelefon

Förskola	Kontaktperson	Telefonnummer
Ansvarig Logoped	Telefonnummer	Mobiltelefon
Ansvarig Psykolog	Telefonnummer	Mobiltelefon
Ansvarig Specialpedagog	Telefonnummer	Mobiltelefon

Vi / jag godkänner härmed att mobila språkteamet i Centrala elevhälsan får lov att inhämta information kring barnets språkliga utveckling och barnets språkliga miljö.

Datum

Datum

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavare

\_\_\_\_\_  
Vårdnadshavare



# LOGOPEDBEDÖMNING

## Språkförståelse/hörförståelse

---

---

---

## Meningsbyggnad/grammatik

---

---

---

## Ordförråd/begrepp

---

---

## Fonologi

---

## Oralmotorik

---

---

## Pragmatik

---

---



Förslag på träning att börja med:

---

---

---

---

Övrigt (koncentration, motorik, flerspråkighet etc)

---

---

---

Datum \_\_\_\_\_ Plats \_\_\_\_\_

Ansvarig logoped \_\_\_\_\_

**Ansökan sänds till Centrala Elevhälsan, Herrevadsgatan 10, 268 80 Svalöv**

Hantering av personuppgifter: När du fyller i denna blankett lagras inga personuppgifter hos kommunen. Kommunen blir personuppgiftsansvarig för dina personuppgifter när den ifyllda blanketten skickats och tagits emot av kommunen.

För mer information om hur dina personuppgifter behandlas i ditt ärende hänvisas till kommunens hemsida:

[www.svalov.se/personuppgifter](http://www.svalov.se/personuppgifter).



Centrala elevhälsan  
Herrevadsgatan 10 26880 Svalöv

