

## Trúnaðarmál

### Tilvísun til skólaþjónustu vegna grunnskólanemanda

Grunnskóli:	Umsjónakennari:		
<b>1. Nemandi</b>	Kennitala		
Heimilisfang	Móðurmál		
Póstnúmer	Staður		
<b>2. Foreldri A</b>	Kennitala	Netfang	
Heimilisfang	Móðurmál	Sími	
<b>3. Foreldri B</b>	Kennitala	Netfang	
Heimilisfang	Móðurmál	Sími	
<b>4. Barnið býr hjá:</b>	<input type="checkbox"/> Foreldrum <input type="checkbox"/> Hjá foreldri A <input type="checkbox"/> Hjá foreldri B <input type="checkbox"/> Hjá öðrum:		
<b>5. Forsjá barns er:</b>	<input type="checkbox"/> Sameiginleg <input type="checkbox"/> Hjá foreldri A <input type="checkbox"/> Hjá foreldri B <input type="checkbox"/> Hjá öðrum:		

#### Tilvísun frá:

Grunnskóla  Heimili  Öðrum: \_\_\_\_\_

#### Ástæða tilvísunar (veljið aðeins eina til þrjár og forgangsraðið 1-3 eftir vægi):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Námsstaða/-tækni                 | <input type="checkbox"/> Málþroski:                    |
| <input type="checkbox"/> Hegðun                           | <input type="checkbox"/> Máltjáning                    |
| <input type="checkbox"/> Lestur/stafsetning               | <input type="checkbox"/> Málskilningur                 |
| <input type="checkbox"/> Skólasókn                        | <input type="checkbox"/> Framburður                    |
| <input type="checkbox"/> Einbeiting og/eða ofvirkni       | <input type="checkbox"/> Líðan                         |
| <input type="checkbox"/> Grunur um röskun á einhverfurófi | <input type="checkbox"/> Félagshæfni og/eða samskipti  |
| <input type="checkbox"/> Náms- og starfsval               | <input type="checkbox"/> Grunur um almennan seinþroska |
| <input type="checkbox"/> Önnur: _____                     |  |

Nánari lýsing á því sem óskað er eftir: \_\_\_\_\_

Leiðsögn/ráðgjöf  Stuðningur  Greining  Endurmat

## SAMEIGINLEG LÝSING ALLRA TILVÍSENA Á TILVÍSUNARÁSTÆÐU

Lýsið styrkleikum nemandans. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lýsið veikleikum nemandans. : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Núverandi námsrángur miðað við jafnaldra. (Merkið í viðeigandi reit.)

Námsgreinar	Mikið fyrir neðan meðallag	Fyrir neðan meðallag	Í meðallagi	Fyrir ofan meðallag
1. Lestur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Stafsetning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Stærðfræði	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Niðurstöður síðustu þriggja lesferla: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Staða miðað við aðra nemendur á sama aldri. (Merkið í viðeigandi reit).

	Slæm	Sæmileg	Meðal	Góð	Mjög góð
1. Námsástundun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hegðun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Líðan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Félagsleg staða	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Úrræði fram að þessu.

<input type="checkbox"/> Tímasett lestrarkennsla	<input type="checkbox"/> Skipulögð kennsla	<input type="checkbox"/> Málörvun	<input type="checkbox"/> AHA skráning
<input type="checkbox"/> Stuðningur við kennara	<input type="checkbox"/> Félagsfærniþjálfun	<input type="checkbox"/> Atvinnutengt nám	<input type="checkbox"/> Hegðunarmótun
<input type="checkbox"/> Óhefðb. tjáskiptaleiðir	<input type="checkbox"/> ART þjálfun	<input type="checkbox"/> Sérkennsla	<input type="checkbox"/>

**Hefur barnið áður fengið sérfræðiaðstoð?**

**Já**

**Nei**

Ef já hjá hverjum og hvenær: \_\_\_\_\_

**Hefur verið staðfest hvort vandinn sé læknisfræðilegur?**

**Já**

**Nei**

Ef já, lýsið nánar. \_\_\_\_\_

**Tekur barnið lyf?**

**Já**

**Nei**

Ef já, hvaða lyf og hversu lengi? \_\_\_\_\_

**Slæm skólasókn (ef við á)**

Hvenær hófst slæm skólasókn? \_\_\_\_\_

Hversu oft skrópar nemandi? \_\_\_\_\_

Er það bundið við sérstakar kennslustundir, kennara eða tíma dags?

**Eru kvartanir um læikamleg einkenni?**

**Já**

**Nei**

Ef já, um hvað? \_\_\_\_\_

**Er grunur um geðrænan vanda?**

Rangárvalla og  
Kyída?  
Vestur-Skattafellssýslu

Þunglyndi?

Já

Nei

Um neyslu vímuefna?

Já

Nei

**Ef já, hvaða?** \_\_\_\_\_

**Einelti** (ef við á)

Er grunur um einelti?

Já

Nei

Eineltið er:

Félagslegt

Líkamlegt

Andlegt

Hefur verið rætt við barnið?

Já

Nei

Hverjir, hvar, hvað, hver sá hvað gerðist? \_\_\_\_\_

Hefur verið unnið eftir eineltisáætlun?

Já

Nei

Ef já, í hverju fólst hún? \_\_\_\_\_

Er skólinn tilbúinn að vinna eftir ráðleggingum sérfræðiþjónustu?

Já

Nei

Hver er ábyrgur fyrir þeirri vinnu? \_\_\_\_\_

Ef við á: Forráðamaður samþykkir að niðurstöður utanaðkomandi sérfræðiaðstoðar fylgi tilvísun.

**Með undirskrift samþykkir forráðamaður að málefni barnsins og fjölskyldu þess séu rædd í þverfaglegu samstarfi stoðþjónusta, að því marki sem það er nauðsynlegt fyrir vinnslu málsins.**

Dagsetning: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Forráðamaður

\_\_\_\_\_  
Skólastjóri