

Tilmelding

SYNS- OG AUDIOPEDAGOGISK TENESTE I HORDALAND

1. Personalia:

Navn	Kommune	Personnr.
Gateadr.	Postnr/sted	Telefon E-post

2. Foresatte/pårørende:

Navn	Adr.	Telefon E-post
Navn	Adr.	Telefon E-post

3. Kontaktperson i kommunen/fylkeskommunen (f.eks. PPT, OT/PPT, fastlege, ergoterapeut eller andre):

Skole/barnehage	Andre kontaktpersoner	Arb.sted
-----------------	-----------------------	----------

4. Tilmeldt av (for fagpersoner):

Navn	Stilling/Arbeidssted	
Sted/Dato	Telefon E-post	Sign.

5. Hva ønsker du hjelp til (bruk gjerne eget ark):

--

6. Andre relevante opplysninger:

--

7. Medisinske opplysninger kan en få hos:**Behov for tolk:**

Øyelege	Øre/nese/hals-lege	Språk:
---------	--------------------	--------

Jeg/vi samtykker i at Syns- og Audiopedagogisk Teneste i Hordaland registrerer, henter inn og kan gi videre opplysninger fra/til avtalte samarbeidsparter. Dette for å kunne gi en best mulig syns-/audiopedagogisk rettleiding og hjelp.

Sted/Dato	Sign.