

## Tilmelding

### **SYNS- OG AUDIOPEDAGOGISK TENESTE**

**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. Tilmeldt av:**

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

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

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

**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:
---------	--------------------	--------

**8. Samtykke**

Jeg/vi samtykker i at Syns- og Audiopedagogisk Teneste 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.

<b>Sted/Dato</b>	<b>Sign.</b>
------------------	--------------