



ART - teymið á Suðurlandi
Austurvegi 56, 800 Selfoss
s. 480 8200
sigridur@isart.is
www.isart.is

TRÚNAÐARMÁL

Móttekið

Dags. kvittun

Umsókn um meðferð til sérfræðipjónustu ART- teymis v/einstaklings

Nafn barns:	Fæðingard./ kennitala:	
Heimilisfang:	Sveitarfélag:	
Skóli:	Bekkur:	
Móðir /stjúpa/forráðamaður:	Kennitala:	Netfang:
Heimilisfang:	Heimasími:	Farsími:
Faðir /stjúi/forráðamaður:	Kennitala:	Netfang:
Heimilisfang :	Heimasími:	Farsími:

Tilvísun frá:

Skóla Félagsþjónustu Heilsugæslu Heimili Nemanda Barnavernd Skólaþjónustu

Ástæða tilvísunar (númerið eftir vægi, þar sem 1 hefur mest vægi) ATH. að fylla einungis út þau atriði sem eiga við tilvísunina.

- Hegðunarvandkvæði Einbeitingarskortur /ofvirkni Aðlögunarerfiðleikar
- Félagstengsl Grunur um seinþroska Líðan barns
- Erfiðleikar á heimili einstaklings Annað _____

Hvers er óskað?

Vinsamlegast fyllið út **öllum viðeigandi** atriði á þessu tilvísunareyðublaði

NÁNARI LÝSING KENNARA/FORRÁÐAMANNS Á TILVÍSUNARÁSTÆÐU

Miðað við aðra nemendur á sama aldri (merkið **✓** í viðeigandi reit).

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

Úrræði skólans til þessa: (Vinsamlega hakið við það sem við á)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einstaklingsnámskrá | <input type="checkbox"/> ART-þjálfun | <input type="checkbox"/> Sérkennsla |
| <input type="checkbox"/> Þroskaþjálfni/iðjupþjálfni | <input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingur | <input type="checkbox"/> Mál- og hreyfiþjálfun |
| <input type="checkbox"/> Talkennsla-/þjálfun | <input type="checkbox"/> Stuðningur í hópi | <input type="checkbox"/> Skólasálfræðingur |
| <input type="checkbox"/> Annað: Hvað? _____ | | |

Hefur barnið fengið sérfræðiaðstoð fyrr? Já Nei

Hvenær? _____

Hjá hverjum? _____

Hefur félagsþjónusta/barnavernd komið að málum barnsins? Já Nei

Er skólinn tilbúinn að fara af stað með bekkjar/hóp ART? Já Nei

Fylgigögn: (**hakið við það sem fylgir**)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gátlisti | <input type="checkbox"/> Greiningargögn frá öðrum stofnunum |
| <input type="checkbox"/> Einkunnir úr skóla (sl.2 ár) | <input type="checkbox"/> Skráningar skóla (t.d. úr Mentor) |
| <input type="checkbox"/> Greinargerð kennara | |

Annað: Hvað? _____

ATH: Mikilvægt er að senda afrit af þeim gögnum sem orðið hafa til hjá skólanum um barnið og/eða fylgt því annars staðar frá og eru ekki til hjá ART-teymi og skipta máli fyrir úrvinnslu málsins.

Foreldrar heimila sendingar gagna í almennum pósti, ef þess er þörf.

Samþykki foreldra/forráðamanna að leitað sé til sérfræðipjónustu? Já Nei

Með undirskrift sinni samþykkja foreldrar/forráðamenn að málefni barnsins og fjölskyldu þess séu rædd í þverfaglegu samstarfi við skóla og velferðarsvið, að því marki sem nauðsynlegt er fyrir vinnslu málsins.

Dagsetning: _____

Undirskrift foreldra/ forráðamanns

Undirskrift foreldra/ forráðamanns

*Ath. að báðir forsjáraðilar þurfa að skrifa undir

Undirskrift skólastjóra/deildarstjóra

Afgreiðsla ART - teymis:
