



ART - teymi Suðurlands
Austurvegur 56, 800 Selfoss
s. 480 8200
isart@isart.is
www.isart.is

TRÚNAÐARMÁL

Móttekið

Dags.

Kvittun

Umsókn um meðferð til sérfræðiþjónustu ART- teymis v/einstaklings

Nafn barns:	Kennitala:	
Heimilisfang:	Sveitarfélag:	
Leikskóli:	Deild:	
Móðir/stjúpa/forráðamaður:	Kennitala:	Netfang:
Heimilisfang:	Heimasími:	Farsími:
Faðir/stjúpi/forráðamaður:	Kennitala:	Netfang:
Heimilisfang:	Heimasími:	Farsími:

Tilvísun frá:

Heimili Skóla Skólaþjónusta Félagsþjónusta Heilsugæslu Barnavernd

Ástæða tilvísunar (númerið eftir vægi, þar sem 1 hefur mest vægi).

ATH. að fylla einungis út þau atriði sem eiga við tilvísunina.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hegðunarvandkvæði | <input type="checkbox"/> Einbeitingarskortur /ofvirkni | <input type="checkbox"/> Aðlögunarerfiðleikar |
| <input type="checkbox"/> Félagstengsl | <input type="checkbox"/> Grunur um seinþroska | <input type="checkbox"/> Líðan barns |
| <input type="checkbox"/> Erfiðleikar á heimili einstaklings | <input type="checkbox"/> Annað _____ | |

Hvers er óskað?

Vinsamlegast fyllið út öll viðeigandi atriði á þessu tilvísunareyðublaði.

Úrræði skólans fram að þessu:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einstaklingsnámskrá | <input type="checkbox"/> ART-þjálfun | <input type="checkbox"/> Sérkennsla |
| <input type="checkbox"/> Þroskaþjálfí | <input type="checkbox"/> Hjúkrunarfræðingur | <input type="checkbox"/> Iðjuþjálfí |
| <input type="checkbox"/> Talþjálfun | <input type="checkbox"/> Stuðningur í hópi | <input type="checkbox"/> Skólasálfræðingur |
| <input type="checkbox"/> Annað _____ | | |

Hefur barnið fengið sérfræðiaðstoð fyrr? Já Nei

Ef já 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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gátlisti (þarf að fylgja) | <input type="checkbox"/> Greiningargögn |
| <input type="checkbox"/> Greinargerð kennara | <input type="checkbox"/> Greinargerð foreldra |
| <input type="checkbox"/> Annað _____ | |

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 sérfræðiþjónustu? 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. Meðferð persónuupplýsinga er í samræmi við ákvæði laga um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018.

Dags.

Undirskrift foreldris/forráðamanns

Undirskrift foreldris/forráðamanns

Ath. að báðir forsjáraðilar þurfa að skrifa undir

Undirskrift skólastjóra/deildarstjóra

Afgreiðsla ART - teymis:
