

Mótt.

_____dags.

_____Kvittun

Umsókn um meðferð til ART - sérfræðiteymis

1. Nemandi	Fæðingard./ kennitala		
Heimilisfang			
Skóli	Bekkur		
2. Móðir /stjúpa/forráðamaður	Kennitala		
Heimilisfang	Heimasími	Vinnusími	Farsími
3. Faðir/stjúpi/forráðamaður	Kennitala		
Heimilisfang	Heimasími	Vinnusími	Farsími

4. Tilvísun frá:

- Nemendaverndarráði
 Heimili
 Heilsugæslu
 Félagspjónustu
 Öðrum: _____

5. Ástæða umsóknar:

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Slæm skólasókn | <input type="checkbox"/> Félagstengsl |
| <input type="checkbox"/> Hegðunarvandkvæði | <input type="checkbox"/> Einelti |
| <input type="checkbox"/> Líðan nemanda | <input type="checkbox"/> Aðlögunarerfiðleikar |
| <input type="checkbox"/> Einbeitingarskortur / ofvirkni | <input type="checkbox"/> Erfiðleikar á heimili einstaklings |
| <input type="checkbox"/> Annað _____ | |

Hvers er óskað? _____

6. Eru ART þjálfarar starfandi í skólanum? Já Nei
 7. Hefur barnið verið í ART-þjálfun í heimaskóla? Já Nei
 8. Hefur félagspjónusta komið að málum barnsins? Já Nei

Vinsamlegast fyllið út öll viðeigandi atriði á þessu tilvísunareyðublaði
NÁNARI LÝSING KENNARA/FORRÁÐAMANNS Á TILVÍSUNARÁSTÆÐU

A. 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"/>

B. Hvað hefur verið gert í skóla (greiningar, viðtöl, bekkjarvinna, annað)?

.....

C. Hefur barnið fengið sérfræðiaðstoð fyrir? Já Nei

Hvenær?

Hjá hverjum?

Samþykki foreldra/forráðamanna að leitað sé eftir þjónustu ART-teymis? Já Nei

Með undirskrift sinni samþykkja foreldrar/forráðamenn að gögn fari á milli sérfræðinga og kennara sem komið hafa að málum barnsins og varða líðan barnsins og að samráð sé haft milli aðila um lausn þess.

Dagsetning:

.....
 Undirskrift foreldra / forráðamanns

.....
 Undirskrift skóla/tilvísunaraðila

Fylgigögn:

Umsögn nemendaverndarráðs/sálfræðings

Greiningagögn. Hver?

Afgreiðsla ART-teymis:

.....

