



DANDERYDS SJUKHUS
Logopedkliniken

Pedagogisk beskrivning inför språklig utredning hos logoped

Formuläret fylls i av skolan och skickas tillbaka i svarskuvertet

Vi har fått i uppdrag att utreda elevens språkliga förmåga. För att kunna göra en utredning med god kvalitet ber vi er att fylla i det här formuläret. Det är tänkt att ge oss en bild av hur eleven fungerar i skolan. Efter utredningen kommer vi att erbjuda ett återkopplingsamtal där ni kan få ta del av resultaten.

Elevens namn: _____

Personnummer (10 siffror): _____

Skola och årskurs: _____

Ansvarspedagog/kontaktperson: _____ Tel: _____

1. Finns det något som gör att du som pedagog misstänker att eleven har en språkstörning? Förståelse för muntlig information? Ordförråd? Muntlig uttrycksförmåga?

Beskrivning:

2. Tror du att elevens språkliga svårigheter får konsekvenser och i sådana fall vilka?

Beskrivning:

3. Uppnår eleven målen i skolan? Kommentera gärna elevens prestationer, med exempel från både kärnämnen och övningsämnen.

Beskrivning:

4. Har eleven generellt svårt att lära sig nya saker? Vet man i sådana fall orsaken till detta?

Beskrivning:

5. Hur mycket stödundervisning har eleven fått? I vilka ämnen? Hur har stödundervisningen varit utformad?

Beskrivning:

6. Klasstorlek? Anpassad undervisningsform? Antal pedagoger i klassrummet?

Beskrivning:

7. Hur fungerar eleven i samspelet med andra elever och vuxna i skolan?

Beskrivning:

8. Har eleven under sin skoltid deltagit i den planerade undervisningen på ett förväntat sätt? Har det förekommit längre perioder av frånvaro?

Beskrivning:

9. Har eleven varit med om upprepade skolbyten eller haft många olika lärare?

Beskrivning:

10. Finns det något annat som skulle kunna förklara elevens språkliga svårigheter?

Beskrivning:

11. Använder eleven några alternativa verktyg i skolan? Exempelvis inlästa böcker, talsyntes, rättstavningsprogram, mm.

Beskrivning:

12. Har eleven flerspråkig bakgrund? Är eleven född i Sverige. Om inte, hur länge har eleven bott i Sverige?

Ifyllt av: _____

Ort och datum: _____

Vår adress:

Logopedkliniken
Danderyds Sjukhus AB
182 88 Stockholm

Telefon sekreterare: 08-123 563 00

Tack för din medverkan!