

Datum:

Detta formulär fylls i av modersmåslärare

Elevens namn:

Elevens personnummer:

Modersmåslärares namn:

Telefonnummer till modersmåslärare:

Språkförmåga på modersmålet

Vilket språk undervisas eleven i?

Hur länge har du/ni undervisat eleven?

Uppnår eleven kunskapsmålen?

Vilket språk anser du som modersmåslärare är elevens starkaste?

Förstår eleven instruktioner på modersmålet? (kryssa i alla alternativ som stämmer)

Förstår skriftliga instruktioner

Förstår muntliga instruktioner

Beskriv gärna:

.....
.....

Hur är elevens språk- och ordförståelse på modersmålet?

För åldern god eller mycket god

Åldersadekvat

För åldern svag

Beskriv gärna:

.....
.....

Hur är elevens muntliga uttrycksförmåga på modersmålet (grammatik, ordföljd, ordförråd)?

För åldern god eller mycket god

Åldersadekvat

För åldern svag

Beskriv gärna:

.....

.....

Hur upplevs elevens uttal på modersmålet?

Läs-, skriv- och språkförmåga på modersmålet

Läser och skriver eleven på modersmålet?

Hur läser eleven? (kryssa i alla alternativ som stämmer)

Stakande

Flytande

Fastnar på ord och läser om ord

Tappar och lägger till bokstäver och orddelar

Förstår innehållet

Förstår inte innehållet

Beskriv gärna:

.....

.....

Hur skriver eleven? (kryssa i alla alternativ som stämmer)

Åldersadekvat

Svagt jämfört med jämnåriga

Har stavningssvårigheter

Uttrycker sig kortfattat och/eller torftigt i skrift

Beskriv gärna:

.....

.....



Övrig information

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Underlaget skickas med remiss alternativt med post.

Vår adress

Danderyds sjukhus AB

Logopedkliniken

182 88 Stockholm

Telefon sekreterare: 08-123 563 00,

Telefon växel Danderyds sjukhus: 08-123 550 00

Kontakta oss vid eventuella frågor!