



Frågeformulär till vårdnadshavare

Bästa vårdnadshavare! Vi vore tacksamma om du/ni fyller i detta frågeformulär och tar med inför ert besök här.

Barnets

namn:.....

Personnummer:.....

Vårdnadshavares namn:.....

.....

Ev. syskon (antal och födelseår):.....

Förskola (namn och antal timmar/vecka):.....

.....

Har barnet haft någon sjukdom/skada/allergi som fordrat sjukhusvård,
långvarig medicinering eller liknande?

.....

.....

Ev. komplikationer under graviditet/förlossning/nyföddhetsperiod:.....

.....

.....

.....

Född i vecka:.....

Födelsevikt:.....

Hur såg spädbarnstiden ut? (ät, sov, skrek, gav blickkontakt?).....

.....

.....

.....



Satt vid ca:.....månader

Gick vid ca:.....månader

Har barnet åldersadekvat grovmotorik (t.ex. springa, klättra, sparka boll):.....

.

Har barnet åldersadekvat finmotorik (t.ex. klippa, rita, knäppa knappar):.....

Leker barnet med jämnåriga kamrater?:.....

Hur är barnets koncentrationsförmåga?:.....

Använder eller har barnet använt napp?.....

Hur fungerar måltidssituationer? (God aptit? Äter allt? Dreglar/saglar? Sätter i halsen?):.....

Är synen kontrollerad och i så fall när?.....

Är hörseln kontrollerad och i så fall när?.....



Sade första orden vid ca:.....månader

Satte samman ord till meningar vid ca:.....månader

Beskriv barnets nuvarande svårigheter med tal/språk?

.....
.....
.....

Har någon annan i familjen haft svårigheter med tal/språk?

.....
.....

Hur reagerar barnet om/när hen inte blir förstådd?

.....
.....

Får barnet någon form av stöd eller hjälp i förskolan?

.....
.....

Har barnet tidigare varit i kontakt med logoped?

.....
.....

Övrigt:.....

.....
.....
.....
.....
.....



Följande frågor gäller endast personer med flerspråkighet:

Vilket/vilka språk kom barnet först i kontakt med?

.....

Vilket/vilka språk talas i hemmet?

.....

När och vid vilken ålder mötte barnet svenska?

.....

Hur upplever ni barnets svenska (tal och förståelse) i förhållande till övriga språk som talas i hemmet? Beskriv:

.....

.....

.....

Datum:.....

Vårdnadshavares underskrift:

.....

Namnförtydligande:

.....