**Søknad til logoped / synspedagog / IKT-Hjelpemidler (ASK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gjelder:** |  |  |
| Etternavn: | Fornavn: | Fødselsnummer: |
| Adresse: |  | Telefonnr.: |
| Pårørende: |  |  |
| **Henvisende instans:** |  |  |
| Navn: |  |  |
| Adresse: |  |  |
| Kontaktperson: |  | Telefonnr.: |
| **Grunn for søknad – Sett kryss:** Logoped  Synspedagog IKT-Hjelpemidler (ASK)  |   |  |
| Kort beskrivelse av vanskene: |  |  |
| **Medisinske opplysninger av nyere dato MÅ legges ved:** |  |  |
|  |  |  |
| **Samtykke:** Jeg gir herved samtykke til at Sandnes Læringssenter kan innhente og utveksle de opplysningene som ansees nødvendig for behandling av søknaden og tjenesteyting. |
| **Sted/dato Underskrift søker/verge****…………………………………………… ……………………………………………………………………** |