

Personnummer

Namn

Adress

Tolkbehov Nej Ja Språk:

Kontaktuppgifter till målsman

Namn

Namn

Telefonnummer

Telefonnummer

Remissorsak

Synnedsättning

Skelning/dubbelseende

Huvudvärk

Annat

Frågeställning, problembeskrivning:

Synkontroll

Har eleven glasögon? Ja Nej

Synen ska *alltid* kontrolleras med glasögon om eleven har glasögon

	Datum	Metod, avstånd	Synskärpa höger	Synskärpa vänster
Synkontroll nr 1				
Synkontroll nr 2				

Remiss från

Namn

Skola

Telefonnummer

Datum

Underskrift