raisio

PUHETERAPIA
Terveysristeys
Juhaninkuja 3
21200 RAISIO

LÄHETE PUHETERAPEUTIN ARVIOON

Pvm: _____

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Lähiosoite: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Huoltaja: _____

Puhelinnumero päivisin:_____

Lähettämisen syy: _____

_____

_____

_____

_____

Äidinkieli, ellei suomi:_____ Tarvitaan tulkki: ☐

Päiväkoti / koulu:_____

Huoltajan allekirjoitus: _____

Lähettäjä:

- ☐ Lastenneuvola
- ☐ Varhaiskasvatus
- ☐ Kouluterveydenhuolto
- ☐ Muu, mikä

Lähetteen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys:

_____