|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
|  | **Unntatt offentlighet med hjemmel i § 5 i Lov om offentlig forvaltning** |

**Henvisning til Pedagogisk Psykologisk tjeneste (PPT)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PERSONALIA | | | | | | | |
| Barnets/elevens for- og etternavn: | | | Fødselsnummer: | Kjønn: | | Barnehage-/skole-år: | |
|  | | |  |  | |  | |
| Adresse: | | | Postnummer/sted: | | | Telefon: | |
|  | | |  | | |  | |
| Barnehage/skole: | | | Avdeling/trinn: | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Nasjonalitet: | Morsmål: | Botid i Norge: | | | | | |
| FORESATT | | | FORESATT | | | | |
| Navn: | | | Navn: | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Adresse: | | | Adresse: | | | | |
|  | | |  | | | | |
| Postnummer/sted | | | Postnummer/sted | | | | |
|  | | |  | | | | |
| E-post: | | | E-post | | | | |
| Telefon: | | | Telefon: | | | | |
|  | | |
| Nasjonalitet: | Morsmål: | Botid i Norge: | Nasjonalitet: | | Morsmål: | | Botid i Norge: |
| Behov for tolk:  ja  nei | | | Behov for tolk:  ja  nei | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| HVA SLAGS HJELP ØNSKES FRA PPT (sett kryss) | | | | |
| Sakkyndig vurdering  Vurdering av behovet for individuelle tilrettelagt opplæring jfr § 11-6 | | Rådgivning til barnehage/skole  Beskriv behovet | | |
| Logopedvurdering | |  | | |
| HENVISNINGSGRUNN (sett kryss) | | | | |
| Språk/kommunikasjon  Mistanke om forsinket utvikling  Fagvansker  Utviklingsforstyrrelser | Konsentrasjon og oppmerksomhet  Lærevansker  Sosiale og emosjonelle vansker  Skolefravær | | | |
|  |  | | | |
| Barnet/elevens involvering (jf. Barnekonvensjonen art.12): | | | |
| **Barnet/eleven skal være informert om henvisningen** | | | |
| Beskrivelse av hvordan barnet/elevens syn er blitt tatt hensyn til: | | | |
| Barnet/elevens beskrivelse av saken: | | | |
| Hva ønsker barnet/eleven bistand til (jf. henvisningsgrunn): | | | |
| Andre opplysninger: | | | |
| Syn, resultat:  Sjekket, dato: | | | |
| Hørsel, resultat:  Sjekket, dato:: | | | |
| Samarbeidsinstanser (nåværende): | | | |
| Helsesykepleier Sykehus BUP Statped Barnevern Ergo-/fysioterapitjenesten  Andre: | | | |
|  | | | |
| Tidligere henvist PPT; dato og år | | | |
| PPT skal være konsultert i forkant av henvisningen | | | Når og med hvem? |
|  | | |  |
| Tiltak: (legg ved dokumentasjon) | | | |
| Tiltaksplan, dato: | | | |
| Evaluering tiltaksplan, dato: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| HENVISER: | |
| Person(er) eller instans: | Tlf.: |
|  |  |
| Kontaktperson barnehage / Kontaktlærer: | Tlf.: |
|  |  |
| Adresse, postnummer/sted: | |
|  | |
| Sted og dato Underskrift av leder ved henvisende instans | |

|  |
| --- |
| SAMTYKKE-ERKLÆRING: |
| Jeg/vi samtykker til henvisningen til PP- tjenesten.  Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake ved skriftlig henvendelse til PPT. |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Sted og dato: | | | |  | |  | | --- | |  | | Foresattes underskrift | |  | |  |  |  | |  | Foresattes underskrift |  | |  |  |  | |  | Elevens underskrift ved fylte 15 år |  | |

Vedlegg:

Informasjon fra foresatte (eget skjema)

Pedagogisk rapport fra skolen eller barnehagen (**skal** alltid følge henvisning).

Tiltaksplan, evaluering av tiltak

Kartleggingsresultater, skåret og oppsummert

Andre rapporter/epikrise

Karakterutskrift (gjelder ungdomsskoleelever)

**Kommunale enheter sender henvisningsskjema elektronisk i sikker sak. Andre sender til**

**PPT Meløy, Gammelveien 5, 8150 Ørnes**

**Kopi:**

Foresatte