|  |
| --- |
| 1. Informasjon om barnet/ungdommen: |
| Navn:  Skjemaet er fylt ut av:  Dato |

|  |
| --- |
| 1. Beskriv barnets/ungdommens sterke sider og interesser: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Gi en kort beskrivelse av utfordringene/begrunnelse for henvisning: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Gi en kort beskrivelse av hva du/dere mener kan hjelpe barnet/ungdommen: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Er det andre med lignende vansker i familien: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Særlige merknader til barnets utvikling:   (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, spesielle livshendelser) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Syn og hørsel | |
| Har barnet/eleven normalt syn? | **Ja**  **Nei** |
| Har barnet/ eleven normal hørsel? | **Ja**  **Nei** |
| Utfyllende kommentar: | |

|  |
| --- |
| 1. Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Hva sier barnet/ungdommen hjemme om barnehagen/skolen og ønske/behov for hjelp: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Andre opplysninger som kan være relevante for saken:   (eks: samlivsbrudd, flytting, omsorgsovertakelse, traumatiske opplevelser, skolefravær, mobbing, vanskelig livssituasjon) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Hvordan oppleves samarbeidet med barnehage/skole: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Hvem består nærmeste familie av til daglig? |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner i forbindelse med vanskene/problemene?   (legg gjerne ved eventuelle rapporter eller lignende) |
| **Ja**  **Nei (**Hvis ja, skriv inn navn på instanser/fagpersoner nedenfor) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Vedr. minoritetsspråklige/ flerspråklighet: |
| * Hvor mange år har du/dere bodd i Norge? |
|  |
| * Hvor mange år har barnet bodd i Norge? |
|  |
| * Hvilke språk snakker dere hjemme? |
|  |
| * Hvilket språk behersker barnet best? |
|  |
| * Hvor godt snakker, forstår, leser og skriver barnet eget morsmål? |
|  |
| * Opplysninger om tidligere skolegang: |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Samtykke fra foreldre/foresatte |

|  |
| --- |
| Informasjon om samtykke:   * Det informeres om at opplysninger i saken vil bli arkivert i henhold til arkivloven. Opplysningene vil, etter at saken avsluttes hos PP-tjenesten, bli oppbevart i kommunens arkivsystem uten tidsbegrensning. * Den som samtykker kan til enhver tid trekke tilbake hele eller deler av samtykket. * Ved henvisning til PPT og vurdering av om barnet har behov for spesialpedagogisk hjelp eller individuelt tilrettelagt opplæring er det nødvendig, for å sikre barnets beste, at begge foresatte samtykker til henvisningen. * PP-tjenesten utreder kun på de områdene som er beskrevet som henvisningsgrunn og vanskeområde, og henter informasjon kun av de aktører det er gitt samtykke til. Ved behov vil PP-tjenesten kontakte foresatte for å vurdere utvidet samtykke. * Barn har rett til å bli hørt i alle saker som angår dem. Det skal legges forsvarlig vekt på deres mening ut fra dets alder og modenhet ut fra sakens kompleksitet. * Den sakkyndige vurderingen vil gjøres kjent for foresatte og barnet før endelig ferdigstilling. Etter ferdigstilling vil sakkyndig vurdering sendes til skole/barnehage og vedtaksmyndighet i kommunen. For private skoler og barnehager vil sakkyndig vurdering sendes til ansvarlig for å fatte enkeltvedtak i kommunen. * Ved vedtak om spesialpedagogisk hjelp eller individuelt tilrettelagt opplæring må begge foresatte med foreldreansvar samtykke. Dette skal ivaretas av vedtaksmyndighet i kommunen.   Vi minner om at part i saken har rett til innsyn i sakens dokumenter herunder henvisningen jf. fvl. §2 bokstav e.  Foresatte kan på eget initiativ henvise til PPT. De fyller da kun ut de punkter i henvisningsskjemaet som de finner aktuelle. |
| Det gis samtykke til at PPT uten hinder av taushetsplikten kan innhente, utveksle og samarbeide om relevante opplysninger fra følgende instanser (der dette er relevant for utredningen):  Helsestasjon/skolehelsetjenesten i kommunen  Spesialpedagog  Logoped  Kommunepsykolog/Rus og psykiatri i kommunen (ROP)  Skole  Barnehage  Fastlege,hvem; …………………………………..  Spesialisthelsetjenesten; BUP  Barnevernstjenesten  Habiliteringstjenesten  Statped  Barnevernstjenesten  Fysio/ergoterapeut  PPT i annen kommune/region: Navn:  Andre: spesifiser; |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Foreldre/ foresattes underskrift: | | | | |
| **Jeg/vi er kjent med opplysningene som er gitt i denne henvisningen samt i vedlegg som følger med, og samtykker i henvisning til PPT Sør- Helgeland** | | | | |
|  | | | | |
| **Sted/dato** |  |  |  |  |
|  |  |  | **Signatur** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Navn(trykte bokstaver)** |  |
|  | | | | |
| **Sted/dato** |  |  |  |  |
|  |  |  | **Signatur** | |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Navn(trykte bokstaver)** | |