|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Henvisningen gjelder:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Barnet/Elevens navn: | | **(Fornavn)** | | | | | | | | | **(Etternavn)** | | | | | |
| Fødselsnr. (11 siffer): | |  | | | | | | | | | | | | **Gutt**  **Jente** | | |
| Adresse og poststed: | |  | | | | | | | | Telefon: | | | |  | | |
| Morsmål: | |  | | | | | Språk barnet bruker mest: | | | | | | |  | | |
| Barnet er i fosterhjem | | Ja  Nei | | | | | **Hvis ja**, navn på ansvarlig kommune: | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Når hadde du/dere kontakt med PPT for å drøfte denne henvisningen?** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dato for samtale/møte: | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Hvem er saken drøftet med? | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Konklusjon fra drøfting:  (Kort om barnets situasjon) | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Hva mener skolen/barnehagen at PPT skal bistå med i saken? Begrunn henvisningen. | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **Foreldre/ foresatte (**Må fylles ut dersom den henviste er under 15 år**):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Forelder/Foresatt 1:** | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| **(Fornavn og mellomnavn)** | | | | | | | **(Etternavn)** | | | | | | | |
| Fødselsnr.(11 siffer): | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Omsorgsfunksjon | | Mor Far Annet, spesifiser: | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse og poststed: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeidssted: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Forelder/Foresatt 2:** | |  | | | | | | |  | | | | | | | |
| **(Fornavn og mellomnavn)** | | | | | | | **(Etternavn)** | | | | | | | |
| Fødselsnr.(11 siffer): | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Omsorgsfunksjon | | Mor Far Annet, spesifiser: | | | | | | | | | | | | | | |
| Adresse og poststed: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Arbeidssted: | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Har foresatte behov for tolk?** | | | | **Ja  Nei** | | | | **Hvis ja, hvilket språk?** | | | | | | |  | |
| **Foreldreansvar:** | | **Begge  Mor Far**  **Hvis annet, beskriv:** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Henvisende instans:** | | | | | **Barnehage Annen instans**  **Skole Egenhenvisning** | | | | | | | | | | | |
| Navn på instans: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Adresse og poststed: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Telefon: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Henvisningen er utfylt av: | | | | |  | | | | | | | | Funksjon: | | |  |
| Navn på barnehage/skole: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Avdeling/klasse/Trinn: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Pedagogisk leder /Kontaktlærer: | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | | | | |  | | | | | | | | | | | |

**OPPLYSNINGER FRA HENVISER:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Hvilke tjenester ønskes av PPT Sør- Helgeland | | | (Sett kryss) |
|  | **Sakkyndig vurdering av:** | | |
|  |  | Behov for spesialpedagogisk hjelp(barnehage)/individuelt tilrettelagt opplæring(skole) | |
|  |  | Fremskutt/utsatt skolestart | |
|  |  | Behov for Logoped i barnehage/skole | |
|  |  |  | |
|  | **Behov for veiledning/ rådgivning** | | |
|  | **Behov for viderehenvisning** | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Andre instanser det er etablert samarbeid med: | | | | |
| **Helsestasjon** | **BUP** | **Barneverns -tjenesten** | **Habiliterings- tjenesten** | **Fysioterapeut** |
| **evt.andre** | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Vedlegg som alltid **skal** følge henvisningen fra barnehage/skole | |
| Pedagogisk rapport  Foreldre - /  Foresatteskjema |  |
| 1. Andre dokumenter henviser har lagt ved i henvisningen(rapporter/epikriser etc.): | |
|  | |

| 1. **Underskrift fra henvisende instans** (Styrer/ rektor/ lege) | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sted/dato:** | |  | |
|  |  | |  |
|  | **Signatur** | |  |
|  | | | |

| 1. **Samtykke til henvisning fra foreldre/foresatte/elev**  * Fra eleven er fylt 15 år kan hen henvise seg selv til PPT, uten samtykke fra foreldre/foresatte. * Ved henvisning av elever som er 15 år eller eldre kreves det at hen samtykker til henvisningen | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Det bekreftes at jeg/vi er gjort kjent med de opplysninger som er gitt i denne henvisningen, samt i dens vedlegg, og samtykker i henvisning til PPT Sør-Helgeland** | | | | | |
| **Sted/dato:** | |  | | | |
|  |  | |  |  |  |
|  | **Signatur (Forelder/Foresatt 1)** | |  | **Signatur (Forelder/Foresatt 2)** |  |
|  |  | |  |  |  |
|  | **Signatur elev(fra fylte 15 år)** | | | |  |