|  |
| --- |
| **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)** |  |