

☐

☐

# Henvisning til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder jfr. Barnehageloven §31

|  |
| --- |
| **Opplysninger om barnet** |
| Personopplysninger |
| Fødselsnummer | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Nasjonalitet | Morsmål | Mobil |
| Født i Norge/botid i Norge |
| Tidligere barnehage |
| Kjønn |

|  |
| --- |
| **Foreldre** |
| Personopplysninger om forelder 1 |
| Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Mobil |
| Behov for tolk JaNei | Hvilket språk: |

|  |
| --- |
| Personopplysninger om forelder 2 |
| Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Mobil |
| Behov for tolk JaNei | Hvilket språk: |

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

|  |
| --- |
| **Barnehage**Dersom barnet ikke går i barnehage skal ikke denne boksen fylles ut. |
| Barnehagens navn | Telefon |
| Avdelingen/gruppens navn |
| Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen |
| Har saken vært drøftet med PP-tjenesten i forkant av henvisningen?Ja NeiDato: | Eventuelt med hvem? |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? |

|  |
| --- |
| **Omsorgssituasjon/foreldreansvar/bosituasjon** |
| Daglig omsorg:Begge foreldre MorFar Fosterhjem Andre, hvem? | Hvem har foreldreansvar? (Jfr. Barneloven):Begge foreldre MorFarAndre, hvem?Dersom en forelder ikke skal ha informasjon i saken eller ikke er med som henviser, må det vedlegges dokumentasjon sombekrefter dette. |

|  |
| --- |
| **Andre opplysninger om barnet** |
| Syn undersøkt: JA NEIHørsel undersøkt: JA NEI | Undersøkt når: \_ Status: \_ Undersøkt når: \_ Status: \_ |
| Sensoriske vansker (vansker med å tolke sanseinntrykk som lyd, smak, berøring, lukt eller synsinntrykk/sensitivitet) | Spesifiser: |
| Motoriske vansker | Finmotorikk GrovmotorikkFysisk funksjonshemming |
| Viktige hendelser som kan være vesentlige | Samlivsbrudd Tap av omsorgAlvorlig sykdom/dødsfall i familienFlytting |
| Søsken (antall og alder): |
| Annet (beskriv): |

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

|  |
| --- |
| **Hjelpeinstanser**som er aktive eller som har avsluttet arbeidet |
| Habilitering (kommunalt) BarnevernHelsestasjon Familiesenter FysioterapeutSpes. Ped team barnehage ABUPHABUStatped Logoped Mobilt team | Annet: |

☐

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

Fastlegens navn og arbeidssted:

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra henvisende instans**Det anbefales foresatte å samarbeide med barnehagen (også når andre instanser i kommunen er henviser). |
| Gi en kort beskrivelse av barnet. Hva er barnets sterke sider? Hva er grunnen for henvisningen? Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport. |
| Hvilke eventuelle tiltak har vært iverksatt? Gi en beskrivelse av disse: |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre? |

|  |
| --- |
| **Hvilke tjenester ønskes fra PP-tjenesten?** |
| Utredning/veiledningVurdering av rett til spesialpedagogisk hjelp jfr. barnehageloven § 31 Logopedvurdering/ logopedisk hjelpAnnet, Beskrivelse: |

|  |
| --- |
| **Underskrift fra barnehagen** |
| Sted | Dato |
| Underskrift pedagogisk leder |
| Sted | Dato |
| Underskrift styrer/enhetsleder |
| **Samtykke til henvisningen fra foreldre** |
| Jeg/vi er enig i henvisning og gir tillatelse til at utredning settes i gang.Jeg/vi ønsker at vurdering av behov for / rett til spesialpedagogisk hjelp gjennomføres. |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 1 |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 2 |

**☐**

**☐**

***Opplysninger fra foreldre fylles ut og legges ved henvisningen (se egen mal)***

Skal legges ved:

## Pedagogisk rapport (se egen mal).

* Opplysninger fra foreldre (se egen mal).
* Samtykkeskjema

Dersom det er utført kartlegginger skal dette legges ved. Dersom det foreligger rapporter fra andre instanser bes dette legges ved henvisning.

# Samtykkeskjema

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

|  |  |
| --- | --- |
| **Navn på barn:** | **Fødselsdato:** |

|  |
| --- |
| **PPT ønsker å gi et best mulig tilbud til barn og familie. Vi er opptatt av å få en god forståelse av barnet. Derfor ønsker vi å ha mulighet til tverrfaglig samarbeid. Vi ber foreldre/foresatte om samtykke til samarbeid med aktuelle instanser.** |
| Jeg/vi samtykker til at relevante opplysninger om barnet drøftes/utveksles med de instanser jeg/vi har gitt tillatelse til. Relevant informasjon vil omhandle funksjonsnivå, faglig og sosial fungering. Dette gjelder også fra/til PP-tjeneste i annen kommune ved flytting.*Samtykke er frivillig og kan når som helst trekkes tilbake.*Sett kryss ved de instanser som PPT kan ha kontakt med: SkoleFastlege Helsestasjon Fysioterapeut Ergoterapeut ABUPHABUHabilitering i kommunen FamiliesenterBarnevernPsykisk helse, voksne Kommunepsykolog Annen PP-tjeneste:Andre: |

## Sted og dato:

**☐**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Forelder 1 |  | Forelder 2 |