Et bilde som inneholder logo, symbol, Grafikk, Elektrisk blå

Automatisk generert beskrivelse Unntatt offentlighet: Offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1.1

PPT Hustadvika og Gjemnes

# Henvisning til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om barnet** | | |
| Fødselsnummer | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Nasjonalitet | Morsmål | Mobil |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger om foresatte**  **Særskilte opplysninger om bosted og foreldreansvar må dokumenteres.** | |
| Etternavn, fornavn foresatt 1 | Arbeidssted |
| Adresse, postnummer og poststed: | Tlf.nr:  Epostadr.: |
| Behov for tolk? | Eventuelt hvilket språk? |
| Etternavn, fornavn foresatt 2 | Arbeidssted |
| Adresse, postnummer og poststed: | Tlf.nr.:  Epostadr.: |
| Behov for tolk? | Eventuelt hvilket språk? |

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

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra henvisende instans** |
| Gi kort beskrivelse av barnet. Hva er barnets sterke sider? Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport. |
| Hva er grunnen for henvisningen? Sett kryss i eller bak boks.  Samspills-/reguleringsvansker  Oppmerksomhets-/konsentrasjonsvansker  Språk-/kommunikasjonsvansker  Motoriske vansker  Adm. spørsmål (framskutt skolestart mm)  Sein utvikling |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt? Gi en beskrivelse av disse: |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtykke til henvisningen fra foresatte.** Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig. | |
| Samtykke til samarbeid med (sett kryss i eller bak boks):  Helsestasjon / skolehelsetjeneste  Barneverntjeneste  Psykiatritjeneste  Fastlege /spesialisttjeneste   Barnehage  Andre: | |
| Underskrift forelder 1 | Sted, dato |
| Underskrift forelder 2 | Sted, dato |

|  |
| --- |
| **Underskrift fra henvisende instans** |
| Sted, dato |
| Underskrift |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra foreldre** Opplysninger fra foreldre fylles ut og legges ved henvisningen kun dersom de ønsker et slikt vedlegg. |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/grunn for henvisningen: |
| Beskriv barnets sterke sider: |
| Når startet vanskene? |
| Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser): |
| Fungerer synet normalt? |
| Fungerer hørsel normalt? |
| Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel? |
| Hvem består den nærmeste familien av til daglig: |
| Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet: |
| Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barnevernstjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen. |
| Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre? |

Kopi sendes til foresatte.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postadresse:** Postboks 29 6499 Eide | **Besøksadresse:** Rådhusvegen 7  6499 Eide | **Telefon:** 71299820 | **Org.nr:** 975.319.245 | **Du finner oss på:** hustadvika.kommune.no |