 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 296499 Eide | **Besøksadresse:**Rådhusvegen 7 6499 Eide | **Telefon:**71299820  | **Org.nr:**975.319.245  | **Du finner oss på:**hustadvika.kommune.no |