



HENVISNING TIL PEDAGOGISK – PSYKOLOGISK TJENESTE Rakkestad kommune Postboks 264 1891 Rakkestad Merkes: Henvisning PP-tjenesten Tlf.: 69 22 55 00 E-post: postmottak@rakkestad.kommune.no Emne: Henvisning PP-tjenesten		PP-tjenesten Rakkestad og Marker  
Kommune: Rakkestad	Marker	Skjemaet skrives ut, utfylles og sendes i posten

Det ønskes kontakt med Pedagogisk-psykologisk tjeneste vedrørende (sett kryss)	
Sakkyndig uttalelse av:	
Behov for spesialpedagogisk hjelp for førskolebarn	
Behov for spesialundervisning for elever i grunnskolen	
Framskutt/utsatt skolestart	Fritak for opplæringsplikten
Logopedvurdering	AD/HD utredning
Skolevegring	Systemsak
Veiledning	Annet
Alternativ opplæringsarena	

Når ble saken drøftet med PPT og med hvem?	
--	--

Personalialia			
Etternavn:		Fornavn:	
Kjønn:	Telefonnr.:	Personnr. (11 siffer):	
Adresse		Postnr.:	Poststed:
Barnehage/skole/annet:		Avdeling/årstrinn:	
Behov for tolk	Morsmål:	Opprinnelsesland:	
Ja nei			

Forelder 1 (fylles ut dersom personen oppdraget gjelder er under 15 år)			
Navn:			
Adresse:		Telefonnr.:	Mobilnr.:
Omsorgsfunksjon:	Mor	Far	Annet, spesifiser:
Forelder 2 (fylles ut dersom personen oppdraget gjelder er under 15 år)			
Navn:			
Adresse:		Telefonnr.:	Mobilnr.:
Omsorgsfunksjon:	Mor	Far	Annet, spesifiser:
Foreldreansvar:	Mor	Far	Begge Hvis annet, beskriv:

Søsken (navn, fødselsår):

Samarbeidspartnere		
Instans:	Kontaktperson:	Telefonnr.:
Instans:	Kontaktperson:	Telefonnr.:

Henvisende instans		
Personer eller instans:		
Kontaktperson ved henvisende instans:	Stilling:	Telefonnr.:
Adresse:		

Følgende dokumentasjon skal vedlegges	
Referat fra tiltaksteam Pedagogisk rapport av nyere dato Opplysninger fra foresatte Syn- og hørselstest	Barnehagen/skolens kartlegging knyttet til vansken:

Underskrift fra henvisende instans	
Sted/dato:	Underskrift av leder henvisende instans:

Samtykke til henvisning fra foreldre	
Sted/dato:	Sted/dato:
Underskrift forelder 1:	Underskrift forelder 2:
Underskrift elev over 15 år:	Elever over 15 år kan henvisne på eget initiativ

Samtidig innebærer underskriften en fullmakt til PP-tjenesten til å innhente opplysninger om barnet/eleven fra følgende instanser (sett kryss)
<input type="checkbox"/> Helsesykepleier <input type="checkbox"/> Helsestasjonslege <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Barnevernstjenesten <input type="checkbox"/> Fysioterapitjenesten <input type="checkbox"/> Psykiatritjenesten <input type="checkbox"/> BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) <input type="checkbox"/> Kompetansesenter, PP-tjenester annen kommune, evt. andre instanser <input type="checkbox"/> Skole/barnehage (hvis henvisning fra foresatte) <input type="checkbox"/> Barne- og familieteamet

Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake ved skriftlig henvendelser til PP-tjenesten