



Unntatt offentlighet: Offl. §13, jfr.fvl. A§13.1.1

HENVISNING TIL PP-TJENESTEN

- Barnehage-

Opplysninger om barnet:		
Fornavn:	Etternavn:	Fødselsnr:
Adresse:	Postnr:	Sted:
Nasjonalitet:	Morsmål:	Telefonnr:
Kjønn:	__ Jente	__ Gutt
Opplysninger om foresatte:		
Foresatt 1:		
Fornavn:	Etternavn:	Telefonnr:
Adresse:	Postnr:	Sted:
Arbeidssted:	Telefon arbeid:	Behov for tolk /språk:
Foresatt 2:		
Fornavn:	Etternavn:	Telefonnr:
Adresse:	Postnr:	Sted:
Arbeidssted:	Telefon arbeid:	Behov for tolk /språk:
Opplysninger om andre omsorgspersoner:		
Fornavn:	Etternavn:	Telefonnr:
Relasjon:		
Søsken/halvsøsken/andre i familiens omsorg:		
Navn og fødselsår:		

Barnehage:	
Barn ved:	Telefon:
Pedagogisk leder:	Avdeling:
Er barnet drøftet med PP-tjenesten? Når og med hvem?	
Hvem tok initiativ til henvisningen?	
Opplysninger fra barnehagen:	
Gi en kort beskrivelse av barnets vansker:	
Når startet vanskene?	
Hvilke kartlegginger er gjennomført? (Standardisert kartlegging med vurderinger)	
Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe barnets vansker? Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse.	
Gi en kort beskrivelse av barnets gruppemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppestørrelser):	
Mener dere det er behov for avvik fra ordinære aktiviteter? Dette kan for eksempel gjelde språk, sosialt samspill, atferdsutfordringer ol.	

Hvilken bistand ønsker dere fra PPT?	
Underskrifter	
Sted:	Dato:
Underskrift pedagogisk leder:	
Sted:	Dato
Underskrift virksomhetsleder:	

Samtykke til henvisning av vårt barn:	
Sted:	Dato:
Underskrift foresatt 1:	
Sted:	Dato:
Underskrift foresatt 2:	

Opplysninger fra foresatte
Gi en kort beskrivelse av barnets vansker:
Beskriv barnets sterke sider:
Når startet vanskene?

Særlige bemerkninger i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, sykdommer/skader, livshendelser):	
Er synet sjekket? Når og av hvem?	Er hørsel sjekket? Når og av hvem?
Gi en kort beskrivelse av hva hjemmet har gjort for å hjelpe barnet?	
Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (helsestasjonen, lege, barnevernstjeneste eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.	
Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal bistå med?	

Vi samtykker til samarbeid med følgende instanser:	
<input type="checkbox"/> Helsestasjon- skolehelsetjeneste	
<input type="checkbox"/> Barnevernstjeneste	
<input type="checkbox"/> Psykiatritjeneste (BUP)	
<input type="checkbox"/> Fastlege/spesialisttjeneste	
<input type="checkbox"/> Andre	
Sted:	Dato:
Underskrift foresatte 1:	
Sted:	Dato:
Underskrift foresatte 2:	
Sted:	Dato:
Underskrift av elev ved fylte 15 år:	
Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake sendere dersom det er ønskelig.	