



Midt-Agder pedagogisk-psykologisk tjeneste
VENNESLA IVELAND EVJE OG HORNNES ÅSERAL

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 <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket språk:	

Personopplysninger om forelder 2		
Fornavn, mellomnavn		Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
Mobil		
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dato:	Eventuelt med hvem?
Hvem tok initiativ til henvisningen?	

Omsorgssituasjon/foreldreansvar/bosituasjon	
Daglig omsorg: <input type="checkbox"/> Begge foreldre <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Fosterhjem <input type="checkbox"/> Andre, hvem?	Hvem har foreldreansvar? (Jfr. Barneloven): <input type="checkbox"/> Begge foreldre <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Andre, hvem? Dersom en forelder ikke skal ha informasjon i saken eller ikke er med som henviser, må det vedlegges dokumentasjon som bekrefter dette.

Andre opplysninger om barnet	
Syn undersøkt: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI Hørsel undersøkt: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEI	Undersøkt når: _____ Status: _____ Undersøkt når: _____ Status: _____
<input type="checkbox"/> Sensoriske vansker (vansker med å tolke sanseinntrykk som lyd, smak, berøring, lukt eller synsinntrykk/sensitivitet)	Spesifiser:
<input type="checkbox"/> Motoriske vansker	<input type="checkbox"/> Finmotorikk <input type="checkbox"/> Grovmotorikk <input type="checkbox"/> Fysisk funksjonshemming
<input type="checkbox"/> Viktige hendelser som kan være vesentlige	<input type="checkbox"/> Samlivsbrudd <input type="checkbox"/> Tap av omsorg <input type="checkbox"/> Alvorlig sykdom/dødsfall i familien <input type="checkbox"/> Flytting
<input type="checkbox"/> Søsken (antall og alder):	
<input type="checkbox"/> Annet (beskriv):	

Hjelpeinstanser	
som er aktive eller som har avsluttet arbeidet	
<input type="checkbox"/> Rehabilitering (kommunalt) <input type="checkbox"/> Barnevern <input type="checkbox"/> Helsestasjon <input type="checkbox"/> Familiesenter <input type="checkbox"/> Fysioterapeut <input type="checkbox"/> Spes. Ped team barnehage <input type="checkbox"/> ABUP <input type="checkbox"/> HABU <input type="checkbox"/> Statped	Annet:

<input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Mobilt team <input type="checkbox"/> 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/veiledning
- Vurdering av rett til spesialpedagogisk hjelp jfr. barnehageloven § 31
- Logopedvurdering/ logopedisk hjelp
- Annet, Beskrivelse:

Underskrift fra barnehagen	
Sted	Dato
Underskrift pedagogisk leder	
Sted	Dato
Underskrift styrer/enhetsleder	
Samtykke til henvisningen fra foreldre	
<input type="checkbox"/> Jeg/vi er enig i henvisning og gir tillatelse til at utredning settes i gang. <input type="checkbox"/> 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:

- Skole
- Fastlege
- Helsestasjon
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- ABUP
- HABU
- Habilitering i kommunen
- Familiesenter
- Barnevern
- Psykisk helse, voksne
- Kommunepsykolog
- Annen PP-tjeneste:

- Andre:

Sted og dato:

Forelder 1

Forelder 2