

☐

☐

# 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 Ja  Nei | | Hvilket språk: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Personopplysninger om forelder 2 | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Mobil | | |
| Behov for tolk Ja  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?  Ja Nei  Dato: | Eventuelt med hvem? |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Omsorgssituasjon/foreldreansvar/bosituasjon** | |
| Daglig omsorg:  Begge foreldre Mor  Far Fosterhjem Andre, hvem? | Hvem har foreldreansvar? (Jfr. Barneloven):  Begge foreldre Mor  Far  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: JA NEI  Hørsel undersøkt: JA NEI | Undersøkt når: \_ Status: \_ Undersøkt når: \_ Status: \_ |
| Sensoriske vansker (vansker med å tolke sanseinntrykk som lyd, smak, berøring, lukt eller synsinntrykk/sensitivitet) | Spesifiser: |
| Motoriske vansker | Finmotorikk Grovmotorikk  Fysisk funksjonshemming |
| Viktige hendelser som kan være vesentlige | Samlivsbrudd Tap av omsorg  Alvorlig sykdom/dødsfall i familien  Flytting |
| Søsken (antall og alder): | |
| Annet (beskriv): | |

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

|  |  |
| --- | --- |
| **Hjelpeinstanser**  som er aktive eller som har avsluttet arbeidet | |
| Habilitering (kommunalt) Barnevern  Helsestasjon Familiesenter Fysioterapeut  Spes. Ped team barnehage ABUP  HABU  Statped Logoped Mobilt team | Annet: |

☐

**☐**

**☐**

**☐**

**☐**

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** | |
| Jeg/vi er enig i henvisning og gir tillatelse til at utredning settes i gang.  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 |