# Klikk for stort bildePPT for Nord-Fosen Osen og Åfjord

**7170 Åfjord**

## Telefon: 72510000/90256270

e-post: [ppt@afjord.kommune.no](mailto:ppt@afjord.kommune.no) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**Type henvisning**

Henvisning vedrørende sakkyndig vurdering jf oppl. §11-6 (det skal vedlegges pedagogisk rapport

og anmodning om sakkyndig vurdering jf § 11-6)   
 Henvisning vurdering framskutt eller utsatt skole oppl §2-4 (TRAS, evt. annen observasjon)  
 Vurdering av lese- og skrivevansker (se sjekkliste for hva skole skal ha gjort/vurdert)

Vurdering av matematikkvansker (se sjekkliste for hva skole skal ha gjort/vurdert)

Logopedhjelp   
 Annet (må spesifiseres i hva ønsker dere PPT skal gjøre-rubrikken)

**Henvisning til PP-tjenesten - elev**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om eleven** | | |
| Personopplysninger | | |
| Fødselsnummer | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Nasjonalitet | Morsmål | Mobil |
| Kjønn  Gutt   Jente | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Foreldre** | | | |
| Personopplysninger om forelder 1 | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | | Poststed |
| Mobil | | | |
| Arbeidssted | E-post | |  |
| Behov for tolk  Ja   Nei | | Hvilket språk: | |
| Personopplysninger om forelder 2 | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | Poststed | |
| Mobil | | | |
| Arbeidssted | E-post | |  |
| Behov for tolk  Ja   Nei | Hvilket språk: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Skole** | |
| Skole | Telefon |
| Kontaktlærer | |
| Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?  Ja   Nei | Eventuelt med hvem? |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra skole** |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen. |
| Når startet vanskene? |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe elevens vansker? Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse (se vedlegg): |
| Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/klassestørrelse): |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift fra skole** | |
| Sted | Dato |
| Underskrift kontaktlærer | |
| Sted | Dato |
| Underskrift rektor | |
| **Samtykke til henvisningen fra foreldre** | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 1 | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 2 | |
|  | |

***Opplysninger fra foreldre fylles ut av foreldrene og legges ved henvisningen kun dersom de ønsker et slikt vedlegg. Det er kun nødvendig med samtykke for evt oppstart.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra foreldre** | |
| 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?  □ Ja  □ Nei | Fungerer hørsel normalt?  □ Ja  □ Nei |
| Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel? | |
| Hvem består den nærmeste familie 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-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen. | |
| Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samtykke til samarbeid** | | |
| Helsestasjon / skolehelsetjeneste  Barneverntjeneste  Psykiatritjeneste  Fastlege /spesialisttjeneste  Andre | | |
| Hvilke andre: | | |
| Sted | | Dato |
| Underskrift forelder 1 | | |
| Sted | Dato | |
| Underskrift forelder 2 | | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig | | |