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

**7170 Åfjord**

## Telefon: 72510000/90256270

e-post: 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 |