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

**HENVISNING TIL PPT MIDT-FINNMARK IKS**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Skole** | |
| Skole | Telefon |
| Kontaktlærer | |
| Hvem i PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?  Navn: | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra skole - Alle punktene skal fylles ut** |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen. Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport. |
| Hvor lenge har vanskene vedvart ? |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe elevens vansker? Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse:  Legg ved kopi av skolens kartleggingsprøver |
| Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/klassestørrelse): |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre? |
| Hva er barnets sterke sider? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift fra skole** | |
| Sted | Dato |
| Underskrift kontaktlærer | |
| Sted | Dato |
| Underskrift rektor | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 henvisningen fra foreldre** | | | | | |
| Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar | | | | | |
| Sted | Dato | | | | |
| Underskrift forelder 1 | | | | | |
| Sted | | Dato | | | |
| Underskrift forelder 2 | | | | | |
| **samtykke til samarbeid fra foreldre** | | | | | |
| Helsestasjon / skolehelsetjeneste  Barneverntjeneste  Psykiatritjeneste  Fastlege /spesialisttjeneste  Andre | | | | | |
| Hvilke andre: | | | | | |
| Samtykket må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar | | | | | |
| Sted | | | | Dato | |
| Underskrift forelder 1 | | | | | |
| Sted | | | Dato | | |
| Underskrift forelder 2 | | | | | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig | | | | | |