



Henvisning til PPT (med samtykke)

Unntatt offentlighet
Offl. § 13, jf. Oppl. § 5-4,
Barnehagel. § 19-b

Henvisningen gjelder:			
Navn:	Født:	Kjønn:	Barnehage-/Skoleår:
Adresse:	Postnr og sted:		Tlf:
Barnehage/skole: Tlf. :	Ped. leder/kontaktlærer:		Avdeling/trinn:
Foreldre / foresatte:			
Navn:	Adresse:	Mob:	Tlf. arbeid:
Navn:	Adresse:	Mob:	Tlf. arbeid:
Barnet bor hos: (Sett kryss)			
Mor Far Fosterforeldre Mor og far Andre (spesifiser):			
Mor: Har daglig omsorg <input type="checkbox"/>		Far: Har daglig omsorg <input type="checkbox"/>	
Har foreldreansvar <input type="checkbox"/>		Har foreldreansvar <input type="checkbox"/>	
Skal ha info/møteinnkallinger <input type="checkbox"/>		Skal ha info/møteinnkallinger <input type="checkbox"/>	



a) Førskole Behovsmelding skal være sendt og behandlet av PPT før henvisning sendes.	
Dato:	
Status:	
Tiltak:	
Evaluering av tiltak:	
b) Skole Henvisning er drøftet i ressursteam med PPT til stede min 2 ganger. Før første drøfting i ressursteam med PPT skal kontaktlærer ha prøvd ut noen enklere tiltak og vanlige kartleggingsresultater tas med til møtet.	
Dato:	Dato:
Status:	Status:
Tiltak:	Tiltak:
Evaluering av tiltak:	Evaluering av tiltak:
Er det behov for tolk? ja nei	Hvilket språk?:
Dersom barnet/eleven bor i fosterhjem, ansvarlig kommune	
Dersom barnet/eleven er folkeregistrert i annen kommune, ansvarlig kommune:	
Adresse:	Tlf:
Hvilke tjenester ønskes fra PP-tjenesten? (sett kryss)	
<input type="checkbox"/> Rådgivning/veiledning til	<input type="checkbox"/> Viderehenvisning til annen instans



foreldre/foresatte/skole/lærer		
<input type="checkbox"/> Samtaler med enkeltelever	<input type="checkbox"/> Utredning av vansker	
<input type="checkbox"/> Observasjon i gruppen	<input type="checkbox"/> Annet - beskriv under:	
Henvisningsgrunn: (sett kryss)		
<input type="checkbox"/> Sensoriske vansker	<input type="checkbox"/> Syn	<input type="checkbox"/> Resultat (ok, henvist videre, bruker briller etc.)
Hørsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Resultat (ok, henvist videre, bruker høreapparat etc.)
<input type="checkbox"/> Motoriske vansker		
<input type="checkbox"/> Kommunikasjonsvansker	<input type="checkbox"/> Uttalevansker	
	<input type="checkbox"/> Talerytmeproblem (stamming/løpsk tale)	
<input type="checkbox"/> Fagvansker (gjelder skoleelever)	<input type="checkbox"/> Norsk	
	<input type="checkbox"/> Matematikk	
	<input type="checkbox"/> Engelsk	
<input type="checkbox"/> Psykososiale vansker		
<input type="checkbox"/> Administrative spørsmål	<input type="checkbox"/> Framskutt skolestart	
	<input type="checkbox"/> Utsatt skolestart	
	<input type="checkbox"/> Skolebytte	
	<input type="checkbox"/> Annet	
<input type="checkbox"/> Andre vansker:		
Medisinske opplysninger om barnet/eleven: (sett kryss)		
Sensoriske vansker	Syn: undersøkt når/hvor?	
Resultat:	Hørsel: undersøkt når/hvor?	



Bekreftelse fra helsestasjon/helsesøster/lege holder.

Motoriske vansker

Finmotorikk

Grovmotorikk

Fysisk funksjonshemming

Hvilket kartleggingsmateriell er brukt:

Annet? (beskriv)

Annen relevant informasjon (eks. barnevern, BUP, FABU mm)

Foreldrenes/foresattes oppfatning av barnet/eleven: (vansker, styrker m.m.)

Dersom barnet/eleven er vurdert eller diagnostisert av annen instans, ber vi om at dokumentasjon vedlegges. (Eks. BUP, lege, annen medisinsk instans)

Underskrifter:

sted/dato

ped.leder/kontaktlærer
tlf.

sted/dato

styrer/rektor tlf.



- Jeg/vi samtykker i henvisningen til PP-tjenesten og at PP-tjenesten utarbeider en sakkyndig vurdering (Jf. Opplæringslova § 5-3 og Barnehagelova § 19-d)
- Jeg/vi samtykker i at PP-tjenesten kan innhente opplysninger fra helsetjenesten i kommunen eller fra annen aktuell instans som:

sted/dato

foresatt

sted/dato

foresatt

For at henvisningen skal ha gyldighet, kreves underskrift av begge foresatte dersom ikke bare den ene har foreldreansvar.

NB! Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere om det er ønskelig.

Henvisning sammen med pedagogisk rapport sendes:

Ullensaker kommune, PPT
Postboks 470, 2051 Jessheim
Telefon: 66 10 80 00