** PPT for Målselv, Bardu og Dyrøy

*Revidert PPT 20.01.2021* Unntatt offentlighet: Offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1.1

**Henvisning til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder**

|  |
| --- |
| **Opplysninger om barnet** |
| **Personopplysninger** |
| **Fødselsdato** | **Fornavn og mellomnavn** | **Etternavn** |
| **Adresse** | **Postnummer** | **Poststed** |
| **Nasjonalitet** | **Morsmål** | **Mobil** |
| **Kjønn**[ ]  **Gutt** [ ]  **Jente** | **Søsken (navn, alder)** |

|  |
| --- |
| **Foresatte** |
| **Personopplysninger om foresatt 1** |
| **Fornavn** | **Etternavn** |
| **Adresse** | **Postnummer** | **Poststed** |
| **Mobil**  | **E-post**  |
| **Arbeidssted** | **Telefon arbeid** |
| **Behov for tolk**[ ]  **Ja** [ ]  **Nei** | **Hvilket språk:**  |
| **Personopplysninger om foresatt 2** |
| **Fornavn** | **Etternavn** |
| **Adresse** | **Postnummer** | **Poststed** |
| **Mobil**  | **E-post**  |
| **Arbeidssted** | **Telefon arbeid** |
| **Behov for tolk**[ ]  **Ja** [ ]  **Nei**  | **Hvilket språk:**  |

|  |
| --- |
| **Barnehage****Dersom barnet ikke går i barnehage skal ikke denne boksen fylles ut.**  |
| **Barnehagens navn** | **Telefon** |
| **Avdelingens navn**  |
| **Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen** |
| **Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?****Drøftet i fokusmøte?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nei****Hvis ja, hvilke tiltak?****Drøftet i tverrfaglig møte?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nei****Hvis ja, hvilke tiltak?****Drøftet på annen måte?** [ ]  **Ja** [ ]  **Nei****Hvis ja, hvordan? Hvilke tiltak?** | **Eventuelt med hvem?** |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra barnehagen / henvisende instans** |
| **Gi en beskrivelse av henvisningsgrunn samt en beskrivelse av barnet:** |
| **Hvilke eventuelle tiltak har vært iverksatt? Gi en beskrivelse av disse:** |
| **Gi en beskrivelse av det ordinære tilbudet i barnehagen (f.eks. ekstra styrking etc.)** |
| **Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?** |
| **Hvem tok initiativ til henvisningen?** |
| **Underskrift fra barnehagen** |
| **Sted**  | **Dato** |
| **Underskrift**  |

|  |
| --- |
| **Samtykke til henvisningen fra foresatte** |
| **Henvisningen må undertegnes av begge foresatte dersom begge har foreldreansvar.** |
| **Sted**  | **Dato**  |
| **Underskrift foresatt 1** |
| **Sted**  | **Dato**  |
| **Underskrift foresatt 2** |

***Yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal få informasjon og anledning til å si sin mening før det blir tatt avgjørelser i saker som omhandler dem.***

***Opplysninger fra foresatte fylles ut og legges ved henvisningen kun dersom de ønsker et slikt vedlegg.***

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra foresatte** |
| **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** [ ]  **Barnehage**[ ]  **Andre** |
| **Hvilke andre:** |
| **Samtykket må undertegnes av begge foresatte dersom begge har foreldreansvar** |
| **Sted** | **Dato** |
| **Underskrift foresatt 1** |
| **Sted** | **Dato** |
| **Underskrift foresatt 2** |
| **Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.** |