 PPT for Målselv, Bardu og Dyrøy

*Revidert PPT 20.01.2021* Unntatt offentligheten: offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1.1

**Henvisning til PP-tjenesten - elev**

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

***Elever over 15 år kan ta initiativ til henvisning selv, eventuelt i samarbeid med skolen, og kan skrive under på egne vegne.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:** | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Skole** | |
| **Skole** | **Telefon** |
| **Kontaktlærer** | |
| **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 i LP-gruppe?  Ja  Nei**  **Hvis ja, hvilke tiltak?**  **Drøftet på annen måte?  Ja  Nei**  **Hvis ja, hvordan? Hvilke tiltak?** | |
| **Hvem henviser?** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra skole / henvisende instans** | |
| **Henvisningsgrunn (sett kryss hovedårsak til henvisning)**  **Lærevansker  Syn/hørsel**  **Lese-/skrivevansker  Atferdsvansker**  **Konsentrasjonsvansker  Psykisk utviklingshemming**  **Sosiale/emosjonelle vansker  Div. sjeldne syndromer**  **Matematikkvansker  Autismespekterforstyrrelser**  **Tale/språk  Annet** | |
| **Beskrivelse av vanskene, bl.a. når startet vanskene?** | |
| **Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe elevens vansker?**  **Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse:** | |
| **Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/ klassestørrelse):** | |
| **Gi en beskrivelse av elevens synspunkter vedr. henvisning til PPT. Hva uttrykker eleven?** | |
| **Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?** | |
| ***Pedagogisk rapport legges ved henvisning. Mal på vår hjemmeside: www.ppt-bardufoss.com*** | |
| **Underskrift fra skole / henvisende instans** | |
| **Sted** | **Dato** |
| **Underskrift kontaktlærer** | |
| **Sted** | **Dato** |
| **Underskrift leder for henvisende instans** | |
| **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** | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra foreldre/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, sosialtjenester, barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.** | |
| **Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre?**  **Utredning av vanskene  Ja  Nei Veiledning til skolen  Ja  Nei**  **Annet:** | |
| **Gi en beskrivelse av barnets synspunkter vedr. henvisning til PPT. Hva uttrykker barnet?** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samtykke til samarbeid** | | |
| **Helsestasjon / skolehelsetjeneste**  **Barneverntjeneste**  **Psykiatritjeneste**  **Fastlege /spesialisttjeneste**  **Andre** | | |
| **Hvilke andre:** | | |
| **Samtykket må undertegnes av begge foresatte dersom begge har foreldreansvar.**  **Foresatte/elev samtykker i henvisning til pedagogisk-psykologisk tjeneste. Foresatte samtykker i at det gjøres en utredning og fattes vedtak om spesialundervisning når sakkyndig vurdering foreligger.** | | |
| **Sted** | | **Dato** |
| **Underskrift foresatt 1** | | |
| **Sted** | **Dato** | |
| **Underskrift foresatt 2** | | |
| **Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig** | | |