 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** |