

**Henvisning til pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT)****Henvisningen gjelder:**

Navn:	Fødselsdato:	Kjønn:	Skoleår:
Adresse:	Postnr.:	Tlf:	
Barnehage / skole:	Avd.leder / kontaktlærer:	Avdeling / klassetrinn:	

Hvilke tjenester ønskes fra PPT (sett ett eller flere kryss):

- Utredning (antatt ikke behov for spesialundervisning)
 Sakkyndig vurdering (vurdering av behov for spesialpedagogisk hjelp/-undervisning med vedtak)
 Veiledning
 Logoped

Henvisningsgrunn (sett ett eller flere kryss. Sett ring rundt antatt hovedvanske)

<input type="checkbox"/> Språkvansker	<input type="checkbox"/> Sammensatte lærevansker	<input type="checkbox"/> Emosjonelle vansker	<input type="checkbox"/> Annet
<input type="checkbox"/> Fagvansker	<input type="checkbox"/> Atferdsvansker	<input type="checkbox"/> Konsentrasjonsvansker	

Tolk:

Dersom familien er minoritetsspråklig, er det behov for tolk?
Hvilket språk?

Pedagogisk rapport:

Pedagogisk rapport med beskrivelse av utvikling og tiltak **skal** ligge ved henvisningen til PPT. All kartlegging utført av skolen/barnehagen skal være sammenfattet og vurdert i rapporten, hele kartleggingsprøver m.m. skal ikke vedlegges, jf. mal for pedagogisk rapport.

Saken er drøftet anonymt med PPT vedDato:
(navn på PPTs kontaktperson)

.....
Dato underskrift avdelingsleder / kontaktlærer

.....
Dato underskrift virksomhetsleder henvisende instans

Opplysninger fra foreldre:

Navn mor:	Tlf.priv.:	Tlf.arbeid:
Adresse:	Mobil:	
Navn far:	Tlf.priv.:	Tlf.arbeid:
Adresse:	Mobil:	
Hvem har foreldreansvar for barnet: <input type="checkbox"/> Begge <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far		
Søsken, navn og alder:		

Andre opplysninger om barnet / eleven (sett kryss)

Sensoriske vansker	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Hørsel
Motoriske vansker	<input type="checkbox"/> Finmotorikk <input type="checkbox"/> Grovmotorikk <input type="checkbox"/> Fysisk funksjonshemming
Språk og talevansker	<input type="checkbox"/> Språk <input type="checkbox"/> Stammering <input type="checkbox"/> Løpsk tale <input type="checkbox"/> Stemme <input type="checkbox"/> Språklydvansker
Helseopplysninger	Dersom barnet er diagnostisert av andre instanser, vennligst oppgi diagnose: <input type="checkbox"/> Prematur <input type="checkbox"/> Syndrom <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Astma / allergi <input type="checkbox"/> Annet Beskriv nærmere:
Kontakt med andre off. instanser	Hvilke?

Evt. tilleggsopplysninger :

Vi samtykker til at vårt barn henvises til PPT.

Vi samtykker i at PP-tjeneste og skole / barnehage / helsetjeneste / barneverntjeneste / NAV kan utveksle relevante opplysninger for å kunne gi best mulig hjelp. (Stryk det som ikke passer).

NB! Dette foreldresamtykket kan endres eller trekkes tilbake dersom det ønskes.

.....
Dato underskrift mor Dato underskrift far
.....
Dato underskrift elev over 15 år