|  |  |
| --- | --- |
| Eigersund | **EIGERSUND KOMMUNE**  Kultur- og oppvekstavdelingen  **PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE**  **(Bjerkreim – Eigersund – Lund – Sokndal)** |

Unntatt offentlighet: Offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1.1

**Henvisning til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder (** kopi sendes Kultur og oppvekstavdelingen**)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om barnet** | | |
| Personopplysninger | | |
| Fødselsdato | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Nasjonalitet | Morsmål | Mobil |
| Kjønn  Gutt  Jente | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Foreldre** | | | |
| Personopplysninger om forelder 1 | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | | Poststed |
| Mobil | | | |
| Arbeidssted | Telefon arbeid | | E-post |
| Behov for tolk  Ja  Nei | | Hvilket språk: | |
| Personopplysninger om forelder 2 | | | |
| Fornavn, mellomnavn | | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | Poststed | |
| Mobil | | | |
| Arbeidssted | Telefon arbeid | | E-post |
| Behov for tolk  Ja   Nei | Hvilket språk: | | |

* Dersom kun en av foreldrene har foreldreansvar: Undertegn. erklærer å ha foreldreansvaret alene:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(for barn som er i fosterhjem skal barnevernstjenesten skrive under på henvisning og samtykkeerklæring)

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnehage**  Dersom barnet ikke går i barnehage skal ikke denne boksen fylles ut. | |
| Barnehagens navn | Telefon |
| Avdelingen/gruppens navn | |
| Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen | |
| Har dette vært drøftet i URT?  Ja Dato:  Nei | Eventuelt med hvem fra PPT? Dato. |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra henvisende instans** | |
| Gi en kort beskrivelse av barnet. (Hva er barnets sterke sider? Hva er grunnen for henvisningen?  Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport.) | |
| Hvilke eventuelle tiltak har vært iverksatt? Tidsperiode? Gi en beskrivelse av disse: Har tiltakene virket etter hensikten? | |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?  Individsak  Råd og veiledning  Vurdere behov for spesialpedagogisk hjelp. | |
| Barnehagens psykososiale miljø; hvordan er barnegruppen, stabilitet blant de vokse, kompetanse hos de voksne, tilpassing av det ordinære til dette barnet. | |
| Andre relevante opplysninger. | |
| **Sted Dato Underskrift av styrer.** | |
| **Samtykke fra foreldre/foresatte** | |
| Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar. | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 1 | |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 2 | |

***PPT ønsker å understreke at :***

***• Hørsel og syn alltid skal være kontrollert av helsestasjon/helsesøster før henvisning til***

***PPT. Dersom dette ikke er gjort i løpet av de siste 6 månedene, er foreldrene ansvarlige***

***for å ta kontakt med helsevesenet/optiker og få barnets syn og hørsel***

***kontrollert.***

***• Dersom det foreligger en funksjonsnedsettelse (eks: syns-, hørselsnedsettelse eller***

***motoriske vansker) ber vi om å få tilsendt informasjon om dette. ( eks. kopi av***

***epikrise, audiogram, fysioterapeutrapport eller lignende).***

***Opplysninger fra foreldre kan fylles ut og legges ved henvisningen,dersom de ønsker et slikt vedlegg.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra foreldre** | |
| 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): | |
| Er synet sjekket?  □ Ja  □ Nei | Er hørsel sjekket?  □ 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 om problemstillinger beskrevet i henvisningen.** | | |
| Helsestasjon / skolehelsetjeneste  Barneverntjeneste  Psykiatritjeneste  Fastlege /spesialisttjeneste  Barnehage  Andre | | |
| Hvilke andre: | | |
| Samtykket må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar | | |
| Sted | | Dato |
| Underskrift forelder 1 | | |
| Sted | Dato | |
| Underskrift forelder 2 | | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.. | | |