|  |  |
| --- | --- |
| 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 - elev**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Opplysninger om eleven** | | | |
| Personopplysninger | | | |
| Fødselsdato: | Fornavn, mellomnavn: | | Etternavn: |
| Adresse: | Postnummer: | | Poststed: |
| Skole: | | | |
| Nasjonalitet: | Morsmål: | | Mobil: |
| Kjønn: | | | |
| Bosituasjon: | | | |
| Begge foresatte | Vekselvis begge foresatte | Hos Mor | |
| Hos far | Fosterforeldre | Annet Beskriv: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om foresatte** | | |
| Personopplysninger om foresatt 1 | | |
| Fornavn, mellomnavn: | | Etternavn: |
| Adresse: | Postnummer: | Poststed: |
| Telefonnummer: | | E-post: |
| Behov for tolk:  Ja   Nei | | Hvilket språk: |
| Foreldreansvar: | | |
| Ja | | Nei |
| Personopplysninger om foresatt 2 | | |
| Fornavn, mellomnavn: | | Etternavn: |
| Adresse: | Postnummer: | Poststed: |
| Telefonnummer: | | E-post: |
| Behov for tolk  Ja   Nei | | Hvilket språk: |
| Foreldreansvar | | |
| Ja | | Nei |

• 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)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Henviser** | | | | | | |
| Navn: | | | | | Telefon: | |
| Relasjon: | | | | | | |
| Skole: | | | | | Telefon: | |
| Kontaktlærer: | | | | | | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | | | | | | |
| **Arbeid i bekymringsfasen/Nivå 0-2 BTI handlingsveileder** | | | | | | |
| Saken ble drøftet med skolens kontaktperson ved PPT  Dato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Navn på kontaktperson:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Bekymring: | | | |  | | |
| Tiltak: | | | | | | |
| Evaluering: | | | | | | |
| Har eleven medvirket i prosessen: | | | | | | |
| Ja | | | Nei | | | |
| Andre involverte aktører: | | | | | | |
| **Henvisningsgrunn** | | | | | | |
| Hørselsvansker | Lærevansker | | | Medisinske vansker | | Motoriske vansker |
| Sosiale/emosjonelle vansker | Språk- og talevansker | | | Synsvansker | | Utviklingsforstyrrelser |
| Beskriv: | | | | | | |
| Elevens kommentarer til henvisningen: | | | | | | |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?  Utredning | | Råd og veiledning | | | | |
| Beskriv: | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Vedlegg** | |
| Pedagogisk rapport | Kartlegginger |
| Karakterutskrift | Kartlegging av elevens norskferdigheter (§2.8) |
| Dokumentasjon på syn og hørsel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift fra henviser** | |
| Sted: | Dato: |
| Underskrift: | |
| Sted: | Dato: |
| Underskrift fra rektor: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtykke til henvisningen fra foresatte** | |
| Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar | |
| Sted | Dato |
| Underskrift foresatt 1 | |
| Sted | Dato |
| Underskrift foresatt 2 | |
| **Samtykke fra elever fylt 15 år. Elever som er fylt 15 år skal samtykke til henvisning PPT.** | |
| Sted Dato | |
| Underskrift | |

***Opplysninger fra foresatte kan fylles ut og legges ved henvisningen hvis ønskelig.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra foresatte** | |
| Hva liker eleven å gjøre (Interesser, trivsel, venner, mm.)? | |
| Elevens trivsel, utvikling og læring på skolen: | |
| Elevens trivsel, utvikling og læring hjemme: | |
| Bekymringer knyttet til elevens utvikling (faglig, sosialt, emosjonelt, språklig, mm.). | |
| Når startet bekymringene? | |
| Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe eleven: | |
| Elevens egne kommentarer: | |
| Spesielle forhold som PP-tjenesten bør ha informasjon om: | |
| Er synet sjekket?  □ Ja  □ Nei | Er hørselen sjekket?  □ Ja  □ Nei |
| Legg ved dokumentasjon |  |
| Hvem består elevens familie av: | |
| Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter kan legges ved henvisningen. | |
| Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal gjøre? | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtykke til samarbeid om problemstillinger beskrevet i henvisningen** | |
| Barnehage  Barneverntjeneste  Fastlege  Helsestasjon / skolehelsetjeneste  Mestringsenheten  Skole  Spesialisttjeneste  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 | |