

|  |
| --- |
| **HENVISNINGSSKJEMA**  **Pedagogisk-psykologisk tjeneste** |

Det ønskes kontakt med Pedagogisk-psykologisk-tjeneste vedrørende (sett kryss)

|  |
| --- |
| **A: Henvisning av barn/elev**  **B: Henvisning av gruppe/organisasjon/systemarbeid (gå til punkt B)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A. OPPMELDING AV BARN/ELEV** | | | | | | | |
| Navn: | | | | | Fødsels/personnr.: | Kjønn:  Jente  Gutt | |
| Adresse: | | | Postnr: | Poststed: | | Tlf: | |
| Språk:  Norsk | Fremmedspråklig | Behov for tolk:  Nei  Ja Hvilket språk? | | | | | |
| **SKOLE/BARNEHAGE** | | | | | | | |
| Barnehage/skole: | | | | | | | Tlf: |
| Kontaktlærer/ped.leder: | | | | | | | Tlf: |
| **FORESATT** | | | | | | | |
| Navn: | | | | | | | Tlf. privat: |
| Adresse: | | | Postnr: | Poststed: | | | Mobil |
| E-postadresse: | | | | | | | Tlf.jobb |
| **FORESATT** | | | | | | | |
| Navn: | | | | | | | Tlf. privat: |
| Adresse: | | | Postnr: | Poststed: | | | Mobil |
| E-postadresse: | | | | | | | Tlf.jobb |
| Andre omsorgspersoner: | | | | | | | Tlf.: |
| Søsken: (Navn og fødslesdato) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OMSORGSSITUASJON** (Oppgi hvem som har omsorgen for barnet) | | | | | | | | |
| Hvem har foreldreansvar?  Begge  Mor  Far  Andre | | | Bor hos:  Begge foreldre  Delt daglig omsorg  En av foreldrene  En av fore.og sambo./ektef.  I fosterhjem  Andre | | | | | Kommentar: |
| **HENVISNINGSGRUNN**  (sett kryss, gi nærmere beskrivelse i pedagogisk rapport): | | | | | | | | |
| Språkvansker:  Kommunikasjon  Stamming/taleflyt  Uttale  Ordforråd | | | | | Fagvansker:  Lese  Skrive  Matematikk  Generelle fagvansker | | | |
| Konsentrasjons-/oppmerksomhetsvansker | | | | | | | | |
| Psykososiale vansker:  Atferds-/samhandlingsvansker  Plaging/mobbing  Engstelse/tilbaketrukkenhet  Manglende motivasjon | | | | | | | | |
| **ANDRE OPPLYSNINGER OM BARNET/ELEVEN:** | | | | | | | | |
| Sensoriske vansker:  Syn  Hørsel | | Undersøkt (dato):  Undersøkt (dato): | |  | | av:  av: | | |
| Motoriske vansker:  Finmotorikk  Grovmotorikk  Fysisk funksjonshemming | | | | | | | | |
| **VEDLEGG FRA SKOLEN/BARNEHAGEN** (Sett kryss) | | | | | | | | |
| Pedagogiske rapport skal **alltid** vedlegges ( Skjema og momentliste ligger på INTRANETT) | | | | | | | | |
| **Evt. kartlegging skal vedlegges:** | | | | |  | | | |
|  | TRAS (samspill og språk)  Språk 6 – 16  Lesekartlegging fra læringssenteret  T. Carlsten lese- og skriveprøve  Nasjonale prøver | | | |  | | Kartleggeren (norsk og matematikk)  M-prøver i matematikk  Andre:  Observasjon | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SPESIFISERING AV OPPDRAG** (Henviserens vurdering av ***hva*** PPT skal bidra med i saken) | | | | | | | | | | |
| Kartlegging og utredning  Sakkyndig vurdering ved behov for spesialundervisning/spesialpedagogisk hjelp  Veiledning/rådgiving  Annet, beskriv: | | | | | | | | | | |
| **Saken er drøftet med PPT**  Dato/navn på aktuell PP-rådgiver: | | | | | | | | | | |
| **ANDRE HJELPEINSTANSER INNE** | | | | | | | | | | |
| Helsesøster og/eller lege  Barnehabiliteringen  Barneverntjenesten  Fysioterapitjenesten  BUP  Andre (spesifiser): | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **B.** | | **HENVISNING AV GRUPPE/ORGANISASJON/SYSTEMARBEID**  (f.eks. klassemiljø, organisasjonsutvikling, evt. annet). Send med egen redegjørelse. | | | | | | | | |
| Trinn/gruppe: | | | | Kontaktlærer/ped.leder: | | | | | | |
| Skole/barnehage: | | | | Rektor/styrer: | | | | | | |
| **HENVISENDE INSTANS** | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | | |  |  | | |  |
|  | Sted/dato Ped.leder/kontaktlærer | | | |  | | | Sted/dato Rektor/styrer | |  |
|  |  | | | |  | | |  | |  |
| Andre: | | |  | | | | | |  |  |
|  | | | Sted/dato Navn, stilling | | | | | |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SAMTYKKE TIL HENVISNING FRA FORESATTE** | | |
| Sted: | Dato: | Foresattes underskrift: |
| ***Foresatte må gjerne legge ved et skriv med tilleggsinformasjon dersom de ønsker det.*** | | |
| **VÅRT SAMTYKKE INNBEFATTER OGSÅ AT PPT KAN SAMARBEIDE MED**  Sett kryss | | |
| Helsesøster/fastlege  Barneverntjenesten  BUP  Barnehabiliteringen  Fysioterapitjenesten  Andre (hvilke?)  ***NB!: Samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom ønskelig*** | | |