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

**HENVISNING TIL PPD MIDT-FINNMARK IKS**

|  |
| --- |
| **Opplysninger om eleven** |
| Personopplysninger |
| Fødselsnummer | 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: |

|  |
| --- |
| **Skole** |
| Skole | Telefon |
| Kontaktlærer |
| Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?[ ]  Ja [ ]  Nei | Eventuelt med hvem? |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra skole - Alle punktene skal fylles ut** |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen. Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport. |
|  Hvor lenge har vanskene vedvart ? |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe elevens vansker? Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse:Legg ved kopi av skolens kartleggingsprøver |
| Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/klassestørrelse): |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre? |
| Hva er barnets sterke sider? |

|  |
| --- |
| **Underskrift fra skole** |
| Sted | Dato |
| Underskrift kontaktlærer |
| Sted | Dato |
| Underskrift rektor |

|  |
| --- |
| **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): |
| Fungerer synet normalt?□ Ja□ Nei | Fungerer hørsel normalt?□ Ja□ Nei  |
| Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørselen ? |
| 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 henvisningen fra foreldre** |
| Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 1 |
| Sted | Dato |
| Underskrift forelder 2 |
| **samtykke til samarbeid fra foreldre** |
| [ ]  Helsestasjon / skolehelsetjeneste[ ]  Barneverntjeneste[ ]  Psykiatritjeneste[ ]  Fastlege /spesialisttjeneste [ ]  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 |