



PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE FOR DYRØY, LAVANGEN OG SALANGEN

STRANDVEIEN 8, 9350 SJØVEGAN

E-post: ppt@salangen.kommune.no

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

Henvisning til PP-tjenesten - elev

Opplysninger om eleven		
Personopplysninger		
Fødselsnummer	Fornavn, mellomnavn	Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
Nasjonalitet	Morsmål	Mobil
Kjønn		
<input type="checkbox"/> Gutt		
<input type="checkbox"/> Jente		

Foreldre		
Personopplysninger om forelder 1		
Fornavn, mellomnavn	Etternavn	
Adresse	Postnummer	Poststed
Mobil		
Arbeidssted	Telefon arbeid	E-post
Behov for tolk		Hvilket språk:
<input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Nei		
Personopplysninger om forelder 2		
Fornavn, mellomnavn	Etternavn	
Adresse	Postnummer	Poststed
Mobil		
Arbeidssted	Telefon arbeid	E-post

Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Hvilket språk:
---	----------------

Skole	
Skole	Telefon
Kontaktlærer	
Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Eventuelt med hvem?
Hvem tok initiativ til henvisningen?	

Opplysninger fra skole
Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen. Ved gjentatt henvisning, legg også ved årsrapport.
Når startet vanskene?
Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe elevens vansker? Gi en beskrivelse av omfang og effekt av disse:
Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/klassestørrelse):

Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?

Underskrift fra skole

Sted	Dato
Underskrift kontaktlærer	
Sted	Dato
Underskrift rektor	

Samtykke til henvisningen fra foreldre

Sted	Dato
Underskrift forelder 1	
Sted	Dato
Underskrift forelder 2	

Opplysninger fra foreldre fylles ut av foreldrene og legges ved henvisningen kun 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):	
Fungerer synet normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fungerer hørsel normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> Helsestasjon / skolehelsetjeneste <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> Psykiatritjeneste <input type="checkbox"/> Fastlege /spesialisttjeneste <input type="checkbox"/> Andre	
Hvilke andre:	
Sted	Dato
Underskrift forelder 1	

Sted	Dato
Underskrift forelder 2	
Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig	