



**PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE FOR LAVANGEN OG SALANGEN**

Kongsveien 47, 9350 SJØVEGAN

E-post:ppt@salangen.kommune.no

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

## **Henvisning til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder**

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

<b>Foreldre</b>		
Personopplysninger om forelder 1		
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:	
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:	

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

<b>Opplysninger fra kommunen som henvisende instans</b>
Kommunen avgjør om barnehage, helsestasjon og andre instanser i kommunen, selv kan henvise barn til PP-tjenesten, eller om de må gå veien om kommunen, som så selv står for henvisningen.
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? Gi en beskrivelse av disse:
Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre?

--

**Underskrift fra kommunen**

Kommunen avgjør om barnehage, helsestasjon og andre instanser i kommunen, selv kan henvise barn til PP-tjenesten, eller om de må gå veien om kommunen, som så selv står for henvisningen.

Sted

Dato

Underskrift

**Samtykke til henvisningen fra foreldre**

Sted

Dato

Underskrift forelder 1

Sted

Dato

Underskrift forelder 2

## 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/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"/> Barnehage	
<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.	

