

Vardø kommune

Skjema for henvisning til PPT

Unntatt offentligheten, jf. Lov om offentligheten i forvaltningen § 13

Følgende kan henvises til PPT:

- Foresatte i samarbeid med barnehage/ skole
- Foresatte på selvstendig grunnlag
- Ungdom over 15 år og voksne med rettigheter etter Opplæringsloven

Henvisningen gjelder:

| | | | | | |
|---------------|--|---------------|--|----------|--|
| Navn: | | | | | |
| Adresse: | | | | | |
| Telefon: | | Født: | | Kjønn: | |
| Nasjonalitet: | | Språk: | | Skoleår: | |
| skole: | | kontaktlærer: | | Klasse: | |

NB! Om eleven er flerspråklig, skal vedlegg til henvisning for minoritetsspråklige barn også fylles ut.

Informasjon om barnets familie:

| | | | | | |
|---------------|--|--------------|--|--|--|
| Mors navn: | | | | | |
| Adresse: | | | | | |
| Telefon priv: | | Telefon arb: | | | |
| Nasjonalitet: | | Språk: | | | |

| | | | | | |
|---------------|--|--------------|--|--|--|
| Fars navn: | | | | | |
| Adresse: | | | | | |
| Telefon priv: | | Telefon arb: | | | |
| Nasjonalitet: | | Språk: | | | |

| | | | |
|-----------------------|--|---------------|--|
| Antall søsken: | | Alder: | |
|-----------------------|--|---------------|--|

Dersom familien er minoritetsspråklig, er det behov for tolk?

| | |
|-------------------------------|--|
| Hvilket språk/dialekt: | |
|-------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| Hvilke tjenester ønskes fra PP-tjenesten (sett kryss): | |
| <input type="checkbox"/> Rådgivning til foreldre/foresatte, uten sakkyndig vurdering | |
| Spesifiser nærmere: | |
| <input type="checkbox"/> Elevsamtaler, uten sakkyndig vurdering | |
| Spesifiser nærmere: | |
| <input type="checkbox"/> Utredning av opplæringsbehov og sakkyndig vurdering | |
| <input type="checkbox"/> Utredning av språklydsvansker | |
| <input type="checkbox"/> Annet, beskrivelse: | |

| | |
|---|---|
| Henvisningsgrunn, sett kryss: | |
| <input type="checkbox"/> Språkvansker | <input type="checkbox"/> Kommunikasjonsvansker |
| <input type="checkbox"/> Spesifikke fagvansker | <input type="checkbox"/> Stammering/ taleflytvansker |
| <input type="checkbox"/> Sosiale/ emosjonelle vansker | <input type="checkbox"/> Uttale |
| <input type="checkbox"/> Syn | <input type="checkbox"/> Lese- og skrivevansker |
| <input type="checkbox"/> Hørsel | <input type="checkbox"/> Matematikkvansker |
| | <input type="checkbox"/> Atferds- /samhandlingsvansker |
| | <input type="checkbox"/> Oppmerksomhets-/ konsentrasjonsvansker |
| | <input type="checkbox"/> Psykososiale/ emosjonelle vansker |
| | Spesifiser nærmere: |
| Annet: | |

| |
|--|
| |
|--|

| Andre opplysninger om barnet/ eleven, sett kryss: | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sensoriske vansker | <input type="checkbox"/> Syn Undersøkt når _____ Av hvem: _____ (legg ved resultat av synstest) _____ <input type="checkbox"/> Hørsel Undersøkt når _____ Av hvem: _____ (legg ved audiogram eller hørselsmåling) |
| <input type="checkbox"/> Motoriske vansker | <input type="checkbox"/> Finmotorikk <input type="checkbox"/> Grovmotorikk <input type="checkbox"/> Fysisk funksjonshemming (Utredning av motoriske vansker gjennomføres av fysioterapeut) |
| <input type="checkbox"/> Annet | Beskriv: |
| Er barnet/ eleven diagnostisert av andre, Eventuelt hvem: | Diagnose: _____ Medisiner: _____ Allergier: _____ |
| Har barnet tidligere vært i kontakt med annen PP-tjeneste? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei | Hvis ja, hvor/hvilken PP-tjeneste? _____ |

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Helsestasjonen | |
| <input type="checkbox"/> Fastlege | |
| <input type="checkbox"/> BUP | |
| <input type="checkbox"/> Barnehabiliteringen | |
| <input type="checkbox"/> Spesialisthelsetjenesten | |
| <input type="checkbox"/> Barnevernet | |
| <input type="checkbox"/> Sosial- og flyktningetjenesten | |
| <input type="checkbox"/> Psykiatritjenesten | |
| <input type="checkbox"/> Psykolog | |
| <input type="checkbox"/> Koordinator for Individuell plan | |
| <input type="checkbox"/> Tidligere/annen PP-tjeneste | |
| <input type="checkbox"/> Andre | |

NB! Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.

Er ungdommen fylt 15 år har det jf. Barneloven § 31 rett til å forbeholde seg retten fra å gi samtykke til sakkyndig vurdering og spesialundervisning.

Ved fylte 15 år kan ungdommen gjøre henvisning på selvstendig grunnlag.

Jeg/ vi samtykker til denne henvisning til PPT. Det vises til Opplæringslovens § 5-4 2. ledd som omhandler samtykke til at det utarbeides en sakkyndig vurdering og enkeltvedtak.

Sted/dato underskrift
foresatte

Sted/dato underskrift
foresatte

Sted/dato underskrift
eleven ved fylte 15 år

Henvisningen må underskrives av begge foresatte dersom begge har foreldreansvar.

