



DEL 1: Barnet som henvises			
For- og mellomnavn:		Etternavn:	
<input type="checkbox"/> Jente <input type="checkbox"/> Gutt		Fødselsnummer – 11 siffer:	
Adresse:		Postnr:	Poststed:
Bor barnet på hemmelig adresse: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Dersom ja: skriv kontaktpersonens navn, tlf og relasjon under foreldre/foresatte/verge 1.			
Nasjonalitet:		Morsmål:	Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Barnehage:	Avdeling:	Pedagogisk leder:	Fastlege:
Barnets søsken (navn og fødselsår)			
Foreldre/foresatte/verge 1			
For- og mellomnavn:		Etternavn:	
Fødselsnummer- 11 siffer:		Tlf. mobil/privat:	
Adresse:		Postnr:	Poststed:
Nasjonalitet:		Morsmål:	Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Relasjon: <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Fosteremor <input type="checkbox"/> Verge <input type="checkbox"/> Annet:		Foreldreansvar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Daglig omsorg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Foreldre/foresatte/verge 2			
For- og mellomnavn:		Etternavn:	
Fødselsnummer- 11 siffer:		Tlf. mobil/privat:	
Adresse:		Postnr:	Poststed:
Nasjonalitet:		Morsmål:	Behov for tolk: Ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nei
Relasjon: <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Fosterfar <input type="checkbox"/> Verge <input type="checkbox"/> Annet; beskriv		Foreldreansvar: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Daglig omsorg: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Andre opplysninger om foreldre/foresatte/verge/familien			
<input type="checkbox"/> Samlivsbrudd		<input type="checkbox"/> Tap av omsorgsperson	
<input type="checkbox"/> Alvorlig fysisk/psykisk sykdom i familien		<input type="checkbox"/> Annet:	
<input type="checkbox"/> Flytting			
Hjelpeinstanser			
Som er aktive eller har avsluttet saken			
<input type="checkbox"/> Tidligere henvist PPT		<input type="checkbox"/> Flyktningstjenesten	
<input type="checkbox"/> Helsestasjon:		<input type="checkbox"/> ABUP Arendal	
<input type="checkbox"/> Familiesenteret		<input type="checkbox"/> ABUP Kristiansand	
<input type="checkbox"/> Habiliteringstjenesten (kommunalt)		<input type="checkbox"/> HABU Arendal	
<input type="checkbox"/> Barneverntjenesten		<input type="checkbox"/> HABU Kristiansand	
<input type="checkbox"/> Kommunefysioterapeut		<input type="checkbox"/> Annen tjeneste:	



Årsak til henvisning – beskriv problematikken rundt barnet. Utdyp i pedagogisk rapport.
Forarbeid før henvisning Utdyp/legg ved pedagogisk rapport.
<input type="checkbox"/> TRAS <input type="checkbox"/> ALLE MED <input type="checkbox"/> Annen Kartlegging/observasjon av adferd <input type="checkbox"/> Hørsels- og synstest - Dato: _____ vurdering av resultat: <input type="checkbox"/> Andre rapporter/epikrise <input type="checkbox"/> Saken er drøftet på ressursteam/barnehagens kontaktperson i PPT før henvisning til PPT <input type="checkbox"/> SMTTE <input type="checkbox"/> Systemiske tiltak i avdeling (utdyp i pedagogisk rapport) <input type="checkbox"/> Individrettede tiltak (utdyp i pedagogisk rapport) <input type="checkbox"/> Annet:
Tjenestebehov – Hva søkes det hjelp til?
Utredning/vurdering i forhold til (utdyp i pedagogisk rapport): <input type="checkbox"/> Kommunikasjonsferdigheter (språk, tale, stamming og stemme) <input type="checkbox"/> Logopedisk vurdering/hjelp (utdyp i pedagogisk rapport) <input type="checkbox"/> Læreforutsetninger <input type="checkbox"/> Avvikende/forsinket utvikling <input type="checkbox"/> Konsentrasjon og oppmerksomhet <input type="checkbox"/> Lek/samspill/Adferd <input type="checkbox"/> Motorikk <input type="checkbox"/> Tristhet/nedstemhet og tilbaketrukket/engstelig <input type="checkbox"/> Andre utfordringer/vansker:
Andre tjenestebehov: <input type="checkbox"/> Observasjon av barnegruppe/enkeltbarn <input type="checkbox"/> Systemisk arbeide/Organisering av barnegruppen <input type="checkbox"/> Veiledning/rådgiving til <input type="checkbox"/> Foreldre <input type="checkbox"/> Barnehage Konkretiser behovet for veiledning: <input type="checkbox"/> Andre tjenestebehov:



Henvisning til Pedagogisk Psykologisk Tjeneste

(Skjema skal brukes til barn i barnehagealder)

Unntatt offentlighet
Offentlighetsloven § 13, jf. Fvl. § 13

Samtykke fra foreldre/foresatte/verge (sett kryss hvis JA)	
Gjelder foresatte: <input type="checkbox"/> Jeg/vi er enige i henvisningen og gir tillatelse til at utredning settes i gang. <input type="checkbox"/> Ønsker foreldre/foresatte at det utarbeides en sakkyndig vurdering om barnets behov for spesialpedagogisk hjelp jmf. Barnehelgeloven §19 ? <input type="checkbox"/> PPT samarbeider med kommunens spesialpedagogiske team (SPT) i forhold til barnets behov, tilrettelegging i barnehagen, samt veiledning til barnehagen og foreldre. Er foresatte enig i at PPT samarbeider med SPT i forhold til ditt barns behov? Underskrift: _____ Sted og dato: _____	
Henviser	
Barnehagens navn: Epost: Telefon kontaktperson:	
Kontaktpersoners navn og rolle: Pedagogisk leder Helsestasjon Viktig kontaktpersonale	
Dato/underskrift fra henvisende instans (enhetsleder/styrer m.v)	
Underskrift foresatte/verge dersom de står som henviser	
_____	_____
Dato/Underskrift	Dato/Underskrift

Rev April 2020.

Postadresse:
PPT
Postboks 23
4791 Lillesand

Besøksadresse:
Lillesand Rådhus
Østregate 2
4790 Lillesand

Telefon: 37 26 15 00
PPT org.nr: 975292673