|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Henvisningen gjelder:** | | | | | | | | | | | |
| Barnet/Elevens navn: | **(Fornavn og mellomnavn)** | | | | | **(Etternavn)** | | | | | |
| **(PS! Viktig at etternavnet samsvarer med det som er oppført i folkeregisteret!**  **For mer informasjon, se** [**her**](http://www.skatteetaten.no/no/Person/Folkeregister/Endre-navn/Skal-du-ha-to-etternavn/)**)** | | | | | | | | | | |
| Født (dd.mm.åååå): |  | | | | | | **Gutt**  **Jente** | | | | |
| Adresse og poststed: |  | | | | | | Telefon: | |  | | |
| Morsmål: |  | | | Språk barnet bruker mest: | | | | |  | | |
| Barnet er i fosterhjem | Ja  Nei | | | **Hvis ja**, navn på ansvarlig kommune: | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Foreldre/ foresatte:** | | | | | | | | | | | |
| **Mors navn:** | **(Fornavn og mellomnavn)** | | | | | | **(Etternavn)** | | | | |
| Adresse og poststed: |  | | | | | | Telefon: | |  | | |
| Arbeidssted: |  | | | | | | Biologisk mor  Fostermor  Adoptivmor | | | | Foreldreansvar  Daglig omsorg  Samvær  Ikke kontakt |
| Mors evt. Samboer/ektefelle: |  | | | | | |
| **Fars navn:** | **(Fornavn og mellomnavn)** | | | | | | **(Etternavn)** | | | | |
| Adresse og poststed: |  | | | | | | Telefon: | |  | | |
| Arbeidssted: |  | | | | | | Biologisk far  Fosterfar  Adoptivfar | | | | Foreldreansvar  Daglig omsorg  Samvær  Ikke kontakt |
| Fars evt. Samboer/ektefelle: |  | | | | | |
| **Har foresatte behov for tolk?** | | **Ja  Nei** | | **Hvis ja, hvilket språk?** | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Henvisende instans:** | | | | | **Barnehage Annen instans**  **Skole Egenhenvisning** | | | | | | |
| Navn på instans: | | |  | | | | | | | | |
| Adresse og poststed: | | |  | | | | | Telefon: | |  | |
| Navn på henviser: | | |  | | | | | Funksjon: | |  | |
| Evt. annen kontaktperson: | | |  | | | | | Funksjon: | |  | |
| Barnet er elev ved: (barnehage/skole) | | |  | | | | | | | | |
| pedagogisk leder /Kontaktlærer: | | |  | | | | | | | | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | | |  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 1. HENVISNINGSGRUNN (Gi en konkret beskrivelse av vanskene) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. Når startet vanskene og hvordan ble de oppdaget? |
|  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Andre instanser det er etablert samarbeid med: | | | | |
| **Helsestasjon/Helsesøster** | **BUP** | **Barnevernstjenesten** | **Habiliteringstjenesten** | **Fysioterapeut** |
| **Evt. andre:** | | | | |

|  |
| --- |
| 1. Hva ønsker henvisende instans at PPT skal gjøre i denne saken? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Vedlegg til denne henvisningen: | |
| Pedagoisk rapport | **Skal** fylles ut og legges ved henvisningen |
| Rapport etter screening: |  |
| Observasjonsrapport: |  |
| Epikriser: |  |
| Annet: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Henvisningen er utfylt av: | | | |
| Navn: |  | Funksjon: |  |

| 1. Henviserens underskrift (Styrer, rektor, lege etc.) | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Jeg bekrefter at de opplysninger som er gitt i denne henvisningen, samt i dens vedlegg, er gjort kjent for barnets/elevens foreldre/foresatte** | | | | |
|  |  |  |  |  |
|  |
|  | **Sted/dato:** |  | **Signatur** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **Navn(trykte bokstaver)** |  |