



SANDNES KOMMUNE

HENVISNING TIL PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TJENESTE

Hvilke tjenester ønskes fra PPT?

Sakkyndig vurdering

Veiledning

Logoped (Eget henvisningsskjema)

Annet

Postadresse: Postboks 583, 4305 Sandnes

Besøksadresse: Haakon 7's gate 6, 4306 Sandnes

Telefon: 51 97 51 20 Faks: 51 97 51 21

ppt-kontoret@sandnes.kommune.no

www.sandnes.kommune.no

Henvisningen er diskutert med kontaktperson fra PPT. Navn og dato:

Henvisende instans	
Navn:	Telefon:
Adresse:	Postnr./sted:
Kontaktperson:	Epost:

Henvisningen gjelder			
Navn:			
Adresse:		Postnr./sted:	
Klassetrinn:	Født:	Gutt: <input type="checkbox"/>	Jente: <input type="checkbox"/>
Nasjonalitet:		Språk:	
Botid i Norge:		Saksnummer:	

Skole/Barnehage	
Navn:	Telefon:
Adresse:	Postnr./sted:
Kontaktperson:	Epost:

Opplysninger om elevens familie	
Mors navn:	
Adresse:	Postnr./sted:
Telefon privat:	Telefon arbeid Mobil
Nasjonalitet:	E-post:
Språk:	Botid i Norge:
Fars navn:	
Adresse:	Postnr./sted:
Telefon privat:	Telefon arbeid: Mobil:
Nasjonalitet:	E-post:
Språk:	Botid i Norge:
Behov for tolk:	Ja: <input type="checkbox"/> Nei: <input type="checkbox"/> Språk:
Antall søsken:	Alder:

Barnet har fast bosted hos:	Kryss av:	Hvem har foreldreansvar:	Kryss av:
Mor og far	<input type="checkbox"/>	Mor og far	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>	Mor	<input type="checkbox"/>
Far	<input type="checkbox"/>	Far	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	Andre	<input type="checkbox"/>

Har barnet individuell plan?	
Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Eventuell koordinator:	Tlf:

Er det/har det vært andre instanser involvert i forhold til barnet?

Nei:

Ja. Vennligs angi hvilke nedenfor.

Altona	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Autismeteamet	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Barnevernet	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
BUP	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Fysio/ergoterapi	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Ressurshelsestasjonen	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Samordningsenheten	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Østerlide	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:
Andre	<input type="checkbox"/>	Kontaktperson:

Hva ønsker dere at PPT skal gjøre? Begrunn.

**Pedagogisk rapport skal alltid vedlegges henvisingen.
Resultat fra syns- og hørselstest vedlegges alltid ved fagvansker.**

Underskrift

Rektor:

Dato:

Kontaktlærer:

Dato:

Opplysninger fra foresatte (bruk eget ark ved behov)

Gi en kort beskrivelse av vanskene.

Når startet vanskene?

Særlige merknader til barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer, skader, andre livshendelser).

Beskriv barnets sterke og positive sider.

Hvem består den nærmeste familie av til daglig?

Har du/dere gjort noe spesielt for å arbeide med vanskene?

Er det tiltak du/dere mener bør settes inn for å løse vanskene?

Hva ønsker du/dere at PPT skal gjøre?

Samtykke

Jeg/vi er gjort kjent med skolens beskrivelse og samtykker i henvisning til PPT.

(Om foresatte bor hver for seg og begge har foreldreansvar, må begge skrive under før PPT kan starte opp saken. Foresatte med felles foreldreansvar kan skrive under på vegne av hverandre. Dette gjelder også samtykke nedenfor.)

Sted: Dato:..... Underskrift:

Sted: Dato:..... Underskrift:

Vårt samtykke innbefatter også at PPT kan samarbeide med/innhente opplysninger fra:

Helsestasjon/skolehelsetjeneste

Fastlege/spesialisttjeneste

Barneverntjeneste

Psykiatritjeneste (BUP)

Andre

Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom ønskelig.