



Henvisning til Pedagogisk – psykologisk tjeneste

Konfidensielt. Off. loven og forv.loven § 5a - § 13

Det ønskes bistand fra PPT

Henvisningen gjelder (sett kryss)

- Utredning av behov for spesialundervisning/spesialpedagogisk hjelp. Vi/foresatte samtykker i utarbeidelse av sakkyndig vurdering
- Veiledning/konsultasjon til pedagogisk personale/systemsak
- Annet (spesifiser)

Personalia

Etternavn:	Fornavn:	Fødselsnr:
Kjønn:	Telefonnr:	Mobilnr:
Adresse:	Postnr.:	Poststed:
Navn på skole/barnehage:		Årstrinn/gruppe:
Behov for tolk: Ja..... nei.....	Morsmål:	Opprinnelsesland:

Foreldreansvar:

- mor far begge andre.....

Foresatte/verge (fylles ut dersom personen oppdraget gjelder er under 15 år eller har oppnevnt verge).

Etternavn:	Fornavn:	Mobilnr:
Adresse:		Telefonnr:
<input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> verge <input type="checkbox"/> annet (beskriv)		
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hvilket språk:		

Foresatte/verge (fylles ut dersom personen oppdraget gjelder er under 15 år eller har oppnevnt verge).

Etternavn:	Fornavn:	Mobilnr:
Adresse:		Telefonnr:
<input type="checkbox"/> far <input type="checkbox"/> mor <input type="checkbox"/> verge <input type="checkbox"/> andre.....		
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei Hvis ja, hvilket språk:		

Henvisningsgrunn

--

--

Ressursteam

Eleven/barnet ble drøftet i ressursteam: dato.....

Samarbeidsinstanser (hvilke, dersom andre hjelpeinstanser er kontaktet)

--

Dersom oppdraget gjelder veiledning/konsultasjon til pedagogisk personale/systemarbeid

Årstrinn/gruppe:

Kontaktperson:

Henvisende skole/barnehage:

Skole/barnehage:

Kontaktperson:

Telefon:

Adresse:

Postnr:

Poststed:

Underskrift fra skole/barnehage:

Sted/dato:

Underskrift av leder ved henvisende instans:

Foresatte/elev samtykker i henvisning til Pedagogisk-psykologisk tjeneste:

Foresatte samtykker i at det gjøres vedtak i forhold til spesialundervisning/spesialpedagogisk hjelp når sakkyndig vurdering foreligger.

Sted/dato:

Sted/dato:

Underskrift - mor/ verge/ elev over 15 år

Underskrift - far/ verge

Samtykkeerklæring

Jeg/vi samtykker også i at PPT kan innhente taushetsbelagte opplysninger fra/eller samarbeide med følgende instanser:

Ja Nei Hvis ja, kryss av for hvilke instanser nedenfor

Helsetjeneste Sosialtjeneste Fysioterapeut Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk(BUP) Barneverntjeneste Andre (spesifiser)

Sted/dato:

Sted/dato:

Underskrift – mor/verge/elev over 15 år

Underskrift – far/verge