Unntatt offentlighet: Offl. § 13, jfr. fvl. § 13.1.1

**Tilvising til PP-tenesta for barn under opplæringspliktig alder**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysningar om barnet** | | |
| Personopplysningar | | |
| Fødselsnummer ( 11 siffer) | Fornamn, mellomnamn | Etternamn |
| Adresse | Postnummer | Poststad |
| Nasjonalitet | Morsmål | Mobil |
| Kjønn  Gut   Jente | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Foreldre** | | | |
| Personopplysningar om forelder 1 | | | |
| Fornamn, mellomnamn | | Etternamn | |
| Adresse | Postnummer | | Poststad |
| Mobil | | | |
| Arbeidsstad | Telefon arbeid | | E-post |
| Behov for tolk  Ja   Nei | | Kva for språk: | |
| Personopplysningar om forelder 2 | | | |
| Fornamn, mellomnamn | | Etternamn | |
| Adresse | Postnummer | Poststad | |
| Mobil | | | |
| Arbeidsstad | Telefon arbeid | | E-post |
| Behov for tolk  Ja   Nei | Kva for språk: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnehage**  Dersom barnet ikkje går i barnehage, skal ikkje denne boksen fyllast ut. | |
| Namn på barnehagen | Telefon |
| Namn på avdelinga/gruppa | |
| Namn på pedagogisk leiar/kontaktperson i barnehagen | |
| Kva tid var PP-tenesta konsultert i forkant av tilvisinga? | Kven konsulterte? |
| Kven tok initiativ til tilvisinga? | |

|  |
| --- |
| **Opplysningar frå barnehagen som tilvisande instans**  Fysio, ergo tenesta, helsestasjon og andre kan også tilvise direkte. Men går barnet i barnehage, skal barnehagen vere tilvisande instans med dokumentasjon frå andre vedlagt. |
| Gi ei kort beskriving av barnet. Kva er barnets sterke sider? Kva er grunnen for tilvisinga? Legg ved pedagogisk rapport. Ved re-tilvising, legg ved årsrapport. |
| Kva for eventuelle tiltak har vore iverksette? Gi ei beskriving av dei: |
| Kva ønskjer de at PP-tenesta skal gjere? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift frå barnehagen**  ( ev andre tenester om barnet ikkje går i barnehage) | |
| Stad | Dato |
| Underskrift | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtykke til tilvisinga frå foreldra** | |
| Tilvisinga må underteiknast av begge foreldra dersom begge har foreldreansvar. | |
| Stad | Dato |
| Underskrift forelder 1 | |
| Stad | Dato |
| Underskrift forelder 2 | |

***Opplysningar frå foreldra skal fyllast ut og leggjast ved tilvisinga berre dersom dei ønskjer eit slikt vedlegg.***

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysningar frå foreldra** | |
| Gi ei kort beskriving av vanskane/ grunn for tilvisinga: | |
| Beskriv barnets sterke sider: | |
| Når starta vanskane? | |
| Særlege merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, kjensler, sjukdommar/skadar, livshendingar): | |
| Fungerer synet normalt?  □ Ja  □ Nei | Fungerer høyrselen normalt?  □ Ja  □ Nei |
| Eventuelt kva for lege er konsultert når det gjeld syn/høyrsel? | |
| Kven består den nærmaste familien av til dagleg: | |
| Gi ei kort beskriving av kva du/de har gjort for å hjelpe barnet: | |
| Har du/de vore i kontakt med andre instansar/fagpersonar (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntenester eller andre)? Legg eventuelle rapportar ved tilvisinga. | |
| Kva ønskjer du/de at PP-tenesta skal gjere: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samtykke til samarbeid** | | |
| Helsestasjon / skolehelseteneste / førebyggjande tiltaksteam BFT  Barnevernteneste (SIB)  Psykisk helse  Fastlege /spesialistteneste  Barnehage  Andre | | |
| Kva for andre: | | |
| Samtykket må underteiknast av begge foreldra dersom begge har foreldreansvar | | |
| Stad | | Dato |
| Underskrift forelder 1 | | |
| Stad | Dato | |
| Underskrift forelder 2 | | |
| Dette samtykket kan endrast eller trekkjast tilbake seinare dersom det er ønskjeleg. | | |