Unnateke det offentlege: Offl. § 13, jf. fvl. § 13.1.1

**Tilvising til PP-tenesta - elev**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysningar om eleven** | | |
| Personopplysningar | | |
| Personnummer (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: | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Skule** | |
| Skule | Telefon |
| Kontaktlærar | |
| PP-tenesta har vore konsultert i forkant av tilvisinga?  Ja   Nei | Namn på aktuell PP rådgjevar: |
| Kven tok initiativ til tilvisinga? | |

|  |
| --- |
| **Opplysningar frå skule** |
| Gi ei kort beskriving av vanskane/ grunn for tilvisinga. Ved gjenteken tilvising, legg også ved årsrapport. |
| Når starta vanskane? |
| Kva for tiltak har vore iverksette for å avhjelpe elevens vanskar? Gi ei beskriving av omfang og effekt av desse: |
| Gi ei kort beskriving av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra timeressurs, gruppe-/klassestorleik): |
| Hva ønskjer de at PP-tenesta skal gjere? |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift frå skule** | |
| Stad | Dato |
| Underskrift kontaktlærar | |
| Stad | Dato |
| Underskrift rektor | |
| **Samtykke til tilvising 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 av foreldra 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/skulehelsesøster, lege, sosial-/barneverntenester, tiltaksteam, foreldrerettleiarar eller andre )? Eventuelle rapportar skal leggjast ved tilvisinga. | |
| Kva ønskjer du/de at PP-tenesta skal gjere: | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samtykke til samarbeid** | | |
| Helsestasjon / skulehelseteneste / førebyggjande tiltaksteam BFT  Barnevernteneste (SIB)  Psykisk helse  Fastlege /spesialistteneste  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 | | |