

Tilvising til PP-tenesta - elev

Opplysningar om eleven		
Personopplysningar		
Personnummer (11 siffer)	Fornamn, mellomnamn	Etternamn
Adresse	Postnummer	Poststad
Nasjonalitet	Morsmål	Mobil
Kjønn <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Jente		

Foreldre		
Personopplysningar om forelder 1		
Fornamn, mellomnamn	Etternamn	
Adresse	Postnummer	Poststad
Mobil		
Arbeidsstad	Telefon arbeid	E-post
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Kva for språk:	
Personopplysningar om forelder 2		
Fornamn, mellomnamn	Etternamn	
Adresse	Postnummer	Poststad
Mobil		
Arbeidsstad	Telefon arbeid	E-post
Behov for tolk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Kva for språk:	

Skule	
Skule	Telefon
Kontaktlærer	
PP-tenesta har vore konsultert i forkant av tilvisinga? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 kontaktlærer	
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fungerer hørselen normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Eventuelt kva for lege er konsultert når det gjeld syn/hørsel?	
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, foreldrerettliarar eller andre)? Eventuelle rapportar skal leggjast ved tilvisinga.	
Kva ønskjer du/de at PP-tenesta skal gjere:	

Samtykke til samarbeid	
<input type="checkbox"/> Helsestasjon / skulehelseteneste / førebyggjande tiltaksteam BFT	
<input type="checkbox"/> Barnevernteneste (SIB)	
<input type="checkbox"/> Psykisk helse	
<input type="checkbox"/> Fastlege /spesialistteneste	
<input type="checkbox"/> 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	