

## 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 <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:	

<b>Barnehage</b>	
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?	

<b>Opplysningar frå barnehagen som tilvisande instans</b>
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?

<b>Underskrift frå barnehagen</b>	
( ev andre tenester om barnet ikkje går i barnehage)	
Stad	Dato
Underskrift	

<b>Samtykke til tilvisinga frå foreldra</b>	
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.*

<b>Opplysningar frå foreldra</b>
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, lege, sosial-/barneverntenester eller andre)? Legg eventuelle rapportar ved tilvisinga.	
Kva ønskjer du/de at PP-tenesta skal gjere:	

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