

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

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



## 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

Har PP-tenesta vore konsultert i forkant av tilvisinga?

- Ja  
 Nei

Eventuelt med kven?

Kven tok initiativ til tilvisinga?

## Samtykke til tilvisinga frå foreldra

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? <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:	

<b>Samtykke til samarbeid</b>
<input type="checkbox"/> Helsestasjon / skolehelseteneste <input type="checkbox"/> Barnevernteneste <input type="checkbox"/> Psykiatriteneste <input type="checkbox"/> Fastlege /spesialistteneste <input type="checkbox"/> Barnehage <input type="checkbox"/> Andre
Kva for andre:



Stad	Dato
Underskrift forelder 1	
Stad	Dato
Underskrift forelder 2	
Dette samtykket kan endrast eller trekkjast tilbake seinare dersom det er ønskeleg.	

