|  |
| --- |
| Bydel Nordstrand  Avdeling Oppvekst og velferd  Pedagogisk fagsenter |

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

**Henvisning til PP-tjenesten for barn under opplæringspliktig alder**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opplysninger om barnet** | | |
| Personopplysninger | | |
| Fødselsnummer | Fornavn, mellomnavn | Etternavn |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Nasjonalitet | Morsmål | Bostedsbydel |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Foresatte** | | |
| Personopplysninger om foresatt 1 | | |
| Fornavn, mellomnavn | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Mobil | E-post | |
| Behov for tolk  Ja  Nei | Hvilket språk: | |
| Personopplysninger om foresatt 2 | | |
| Fornavn, mellomnavn | Etternavn | |
| Adresse | Postnummer | Poststed |
| Mobil | E-post | |
| Behov for tolk  Ja  Nei | Hvilket språk: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnehage**  Dersom barnet ikke går i barnehage skal ikke denne boksen fylles ut. | |
| Barnehagens navn | |
| Avdelingen/gruppens navn | E-post |
| Navn på pedagogisk leder/ kontaktperson | Telefon |
| Navn på styrer | E-post |
| Navn på veileder fra Pedagogisk fagsenter | Telefon og E-post |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra barnehagen/ bydelen som henvisende instans**  I Oslo kommune skal henvisninger til PP-tjenesten sendes i samarbeid med Pedagogisk fagsenter | |
| Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen?  Ja   Nei | Eventuelt med hvem? |
| Gi en kort beskrivelse av barnet. Hva er barnets sterke sider? Hva er grunnen for henvisningen? | |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt? Gi en beskrivelse og evaluering av disse: | |
| Hva ønsker dere at PP-tjenesten skal gjøre? | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Underskrift fra barnehagen** | |
| Sted | Dato |
| Underskrift styrer | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra foreldre** | |
| Gi en kort beskrivelse av grunn for henvisningen: | |
| Beskriv barnets sterke sider: | |
| Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser): | |
| Fungerer synet normalt?  □ Ja  □ Nei | Fungerer hørsel normalt?  □ Ja  □ Nei |
| Hvem består den nærmeste familie av til daglig: | |
| Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Samtykke til henvisningen fra foresatte** | |
| Sted | Dato |
| Underskrift foresatt 1 | |
| Sted | Dato |
| Underskrift foresatt 2 | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Samtykke til samarbeid med andre instanser** | | |
| Helsestasjon  Barneverntjeneste  Fastlege /spesialisttjeneste  Andre | | |
| Hvilke andre: | | |
| Sted | | Dato |
| Underskrift foresatt 1 | | |
| Sted | Dato | |
| Underskrift foresatt 2 | | |
| Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig. | | |