



Henvisning til PPT Aukra, Midsund og Molde

For barn under opplæringspliktig alder

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

Lov om barnehage § 19 a Rett til spesialpedagogisk hjelp

Barn under opplæringspliktig alder har rett til spesialpedagogisk hjelp dersom de har særlige behov for det. Dette gjelder uavhengig av om de går i barnehage. Formålet med spesialpedagogisk hjelp er å gi barn tidlig hjelp og støtte i utvikling og læring av for eksempel språklige og sosiale ferdigheter. Spesialpedagogisk hjelp kan gis til barnet individuelt eller i gruppe. Hjelpen skal omfatte tilbud om foreldrerådgivning. Kommunen skal oppfylle retten til spesialpedagogisk hjelp for barn bosatt i kommunen.

Lov om barnehage § 19 d Sakkyndig vurdering

Før kommunen eller fylkeskommunen fatter vedtak om spesialpedagogisk hjelp, skal det foreligge en sakkyndig vurdering av om barnet har særlige behov for spesialpedagogisk hjelp.

Opplysninger om barnet		
Personopplysninger		
Fødselsnummer	Fornavn, mellomnavn	Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
Nasjonalitet	Morsmål	Mobil
Kjønn: <input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente		

Henvist før: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Hvis ja: <input type="checkbox"/> Gjelder ny sakkyndig vurdering. Siste sakkyndige vurderings varighet: _____
<input type="checkbox"/> Ny utredning/kartlegging. Spesifiser: _____
<input type="checkbox"/> Annet. Spesifiser: _____

Kontoradresse:

Gotfred Lies pl. 4
6413 MOLDE

Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:

Rådhusplassen 1
6413 MOLDE

Telefon:

960 922 70

Organisasjonsnr.:

973 994 573

Foreldre/foresatte		
Personopplysninger som forelder 1/foresatt 1		
Fornavn, mellomnavn		Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
Mobil		
Arbeidssted	Telefon arbeid	Epost
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvilket språk:
Personopplysning forelder 2/foresatt 2		
Fornavn, mellomnavn		Etternavn
Adresse	Postnummer	Poststed
Mobil		
Arbeidssted	Telefon arbeid	Epost
Behov for tolk: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei		Hvilket språk:

Barnehage	
Dersom barnet ikke går i barnehage skal ikke denne boksen fylles ut.	
Barnehagens navn	Telefon
Avdelingen/gruppens navn/antall barn	
Navn på pedagogisk leder/kontaktperson i barnehagen	

Kontoradresse:
 Gotfred Lies pl. 4
 6413 MOLDE
Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:
 Rådhusplassen 1
 6413 MOLDE

Telefon:
 960 922 70

Organisasjonsnr.:
 973 994 573

Førhenvisningssamtale Dato:	Hvem deltok?
Hvem tok initiativ til henvisningen?	
Henvisningsgrunn	
Opplysninger fra henvisende instans	
<p>Når startet vanskene?</p> <p>Type vanske:</p> <p><input type="checkbox"/> Språk/kommunikasjon</p> <p><input type="checkbox"/> Hørsel</p> <p><input type="checkbox"/> Syn</p> <p><input type="checkbox"/> Psykososiale vansker</p> <p><input type="checkbox"/> Uro, konsentrasjon/oppmerksomhet</p> <p><input type="checkbox"/> Søknad om fremskutt skolestart</p> <p><input type="checkbox"/> Søknad om utsatt skolestart</p> <p><input type="checkbox"/> Annet. Beskriv:</p>	
<p>Relasjon barn – voksen:</p> <p>I tilvenningsperioden. Hvordan knyttet barnet seg til kontaktperson/tilknytningspersonen i barnehagen? Eventuelt ved overgang til ny avdeling?</p>	

Kontoradresse:

 Gotfred Lies pl. 4
 6413 MOLDE

Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:

 Rådhusplassen 1
 6413 MOLDE

Telefon:

960 922 70

Organisasjonsnr.:

973 994 573

Beskriv samspillet mellom barnet og voksne.

Funksjonsbeskrivelse

Skriv både hva barnet mestrer godt og hva det strever med

Språklig fungering:

Verbalt språk

- Ordforråd
- Setningsoppbygging
- Uttale

Språkforståelse.

kommunikasjonsferdigheter

Sosial/emosjonell fungering:

- Lekeevne
- Evne til samspill i lek

- Følelsesregulering

Kontoradresse:

Gotfred Lies pl. 4
6413 MOLDE

Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:

Rådhusplassen 1
6413 MOLDE

Telefon:

960 922 70

Organisasjonsnr.:

973 994 573

<p><u>Konsentrasjon/oppmerksomhet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evne til å opprettholde lek/aktivitet i egenvalgte og tilrettelagte lekesituasjoner • Evne til å initiere og avslutte lek • Evne til å ta imot beskjeder. 	
<p><u>Motorikk</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Finmotorikk • Grovmotorikk • Kroppsbevissthet 	
<p><u>Selvhjelpsferdigheter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Av – påkledning • Måltid • Toalett • Evne til å søke hjelp ved behov 	
<p>Beskrivelse av tiltak som har vært prøvd ut og evaluering av disse</p>	
<p>Tiltak</p>	<p>Evaluering</p>

Kontoradresse:

Gottfred Lies pl. 4
6413 MOLDE

Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:

Rådhusplassen 1
6413 MOLDE

Telefon:

960 922 70

Organisasjonsnr.:

973 994 573

Underskrift fra henvisende instans	
Sted	Dato
Underskrift	

Samtykke til henvisningen fra foreldre	
Henvisningen må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar.	
Sted	Dato
Underskrift forelder 1	
Sted	Dato
Underskrift forelder 2	

Opplysninger fra foreldre
Gi en kort beskrivelse av vanskene/ grunn for henvisningen:
Beskriv barnets sterke sider:
Når startet vanskene? Samsvarer barnehagen sin beskrivelse av barnet slik dere ser barnet og dets utfordringer?
Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser):

Kontoradresse:
Gottfred Lies pl. 4
6413 MOLDE
Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:
Rådhusplassen 1
6413 MOLDE

Telefon:
960 922 70

Organisasjonsnr.:
973 994 573

Fungerer synet normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Fungerer hørsel normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Når startet barnet i barnehage?	
Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel?	
Hvem består den nærmeste familien av til daglig: Nettverk/nærpersoner:	
Gi en kort beskrivelse av hva du/dere har gjort for å hjelpe barnet:	
Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (som helsestasjon, lege, sosial-/barneverntjenester eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.	
Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal bidra med:	
Samtykke til samarbeid	
<input type="checkbox"/> Helsestasjon / skolehelsetjeneste <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> Psykiatritjeneste <input type="checkbox"/> Fastlege /spesialisttjeneste <input type="checkbox"/> Barnehage <input type="checkbox"/> Logoped <input type="checkbox"/> Andre	
Hvilke andre:	
Samtykket må undertegnes av begge foreldrene dersom begge har foreldreansvar	
Sted	Dato
Underskrift forelder 1	
Sted	Dato
Underskrift forelder 2	
Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake senere dersom det er ønskelig.	

Kontoradresse:
 Gotfred Lies pl. 4
 6413 MOLDE
Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:
 Rådhusplassen 1
 6413 MOLDE

Telefon:
 960 922 70

Organisasjonsnr.:
 973 994 573

Vedlegg:

- Referat fra førhenvinningsamtale**
- Egne observasjoner med refleksjoner**
- TRAS/Alle med eller andre kartleggings skjema med egne vurderinger/refleksjoner**
- Udirs Samtaleguide om barnets morsmål (vedlegg til henvisning for flerspråklige barn)**
- Annet**

Kontoradresse:

Gotfred Lies pl. 4
6413 MOLDE

Epost: postmottak@molde.kommune.no

Postadresse:

Rådhusplassen 1
6413 MOLDE

Telefon:

960 922 70

Organisasjonsnr.:

973 994 573