

**Henvisning**

**til Pedagogisk-psykologisk tjeneste**

|  |
| --- |
| **Det ønskes bistand fra PPT** |
| Henvisningen gjelder (sett kryss)   |  | | --- | |  |   Utredning av behov for spesialundervisning   |  | | --- | |  |   Kurs/veiledning til pedagogisk personale/systemarbeid (læringsmiljø, diagnoser, annet)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (utfyllende opplysninger om veiledningsbehov) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Elevens personalia** | | | |
| Etternavn: | Fornavn: | | Fødselsnummer: |
| Kjønn: | Telefonnr: | Privat epost: | |
| Adresse: | Postnr: | Poststed: | |
| Alta videregående skole | Årstrinn: | Klasse: | |
| Behov for tolk:   |  | | --- | |  |   Ja Nei   |  | | --- | |  | | Morsmål: | Opprinnelsesland: | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Foresatte/verge** (fylles ut hvis personen oppdraget gjelder er under 15 år eller har oppnevnt verge) | | | |
| Etternavn: | Fornavn: | | Telefonnr: |
| Adresse: | | Epost: | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  |   Far | |  | | --- | |  |   Mor | |  | | --- | |  |   Verge | |  | | --- | |  |   Annet (beskriv): | | | | |
| Behov for tolk:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  | | Ja | |  | | --- | |  | | Nei | Hvis ja, på hvilket språk: | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Foresatte/verge** (fylles ut hvis personen oppdraget gjelder er under 15 år eller har oppnevnt verge) | | | |
| Etternavn: | Fornavn: | | Telefonnr: |
| Adresse: | | Epost: | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  |   Far | |  | | --- | |  |   Mor | |  | | --- | |  |   Verge | |  | | --- | |  |   Annet (beskriv): | | | | |
| Behov for tolk:   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  | | --- | |  | | Ja | |  | | --- | |  | | Nei | Hvis ja, på hvilket språk: | | | | |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra skole** |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/grunn for henvisningen. Når startet vanskene? Gi en kort beskrivelse av elevens klassemiljø (psykososialt miljø, ekstra ressurser i klassen, gruppe-/ |

|  |
| --- |
| **Samarbeidsinstanser (hvilke, dersom andre hjelpeinstanser er kontaktet)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dersom oppdraget gjelder veiledning til pedagogisk personale/systemarbeid** | |
| Årstrinn/klasse: | Kontaktperson: |

|  |
| --- |
| **Følgende dokumentasjon/opplysninger følger vedlagt:** |
| Pedagogisk rapport **skal** følge henvisningen (eget skjema). |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Alta videregående skole | | | | | | | | |
| Kontaktlærer: | | | | | | | | |
| Er eleven drøftet i trippelmøte: | |  | | --- | |  | | Ja | |  | | --- | |  | | Nei | | | | | |
| Hvis nei, begrunn: | | | | | | | | |
| Har PP-tjenesten vært konsultert i forkant av henvisningen? | | | | | |  | | --- | |  | | Ja | |  | | --- | |  | | Nei | |
| Hvem tok initiativ til henvisningen? | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Underskrift fra skole |
| Sted/dato: |
| Underskrift av kontaktlærer : |
| Underskrift av avdelingsleder : |

|  |  |
| --- | --- |
| Elev/foresatt samtykker i henvisning til Pedagogisk-psykologisk tjeneste: | |
| Sted/dato: | Sted/dato: |
| Underskrift | Underskrift |

*Må underskrives av foresatt når elev er under 15 år eller av verge hvor dette er oppnevnt.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Samtykkeerklæring**  Jeg/vi samtykker også i at PPT kan innhente taushetsbelagte opplysninger fra/eller samarbeide med følgende instanser. | | | | | | | | | |
| |  | | --- | |  | | Ja | |  | | --- | |  | | | Nei | | Hvis ja, kryss av for hvilke instanser nedenfor | | | |
| |  | | --- | |  |   Helsetjeneste | | | |  | | --- | |  |   Sosialtjeneste/Nav | | | | |  | | --- | |  |   Alta Kommune Barn- og Unge | | |  | | --- | |  |   Barneverntjeneste |
| |  | | --- | |  |   Barne-/ungdoms eller voksenpsykiatri | | | | | |  | | --- | |  |   Andre (spesifiser): | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Sted/dato: | | | | | | | | Sted/dato: | |
| Underskrift: | | | | | | | | Underskrift: | |

***Dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake ved skriftlig henvendelse til PPT.***