SYKKYLVEN KOMMUNE

Barne- og familietenestene – Pedagogisk Psykologisk kontor

IKKJE OFFENTLEG - Jf.Off .§ 5a
Jf. Forvaltningslova § 13

MELDING TIL PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TENESTE

Når ein ber om hjelp frå PPT, må ein:

- Skrive tydeleg kva ein ynskjer at PPT skal bidra med (gjeld både A og B)
- Pedagogisk rapport *skal* leggast ved meldinga.

For A;

Leggje ved ei skildring av korleis ein har arbeidd for å avklare og møte behova i gruppa/klassa, og kva erfaringar ein har hausta så langt, når meldinga gjeld rettleiing til pedagogisk personale om barn-/elevmiljøet og læringsmiljøet.

For B;

Leggje ved ei skildring av kva ein er bekymra for i utviklinga til barnet, korleis ein forstår vanskane til barnet, korleis ein har arbeidd for å avklare og møte behova til barnet så langt, og kva erfaringar ein har hausta (Jfr. Pedagogisk rapport)

MELDINGA GJELD (kryss av)

	A. Kompetanse og organisasjonsutvikling for å leggje opplæringa betre til rette for barn /elevar med særlege behov.

	B. Utgreiing av vanskane til eit barn/ein elev, og råd om korleis barnehage /skule/føresette best kan hjelpe barnet i si utvikling/læring.

Barnet/eleven er:

	Under opplæringspliktig alder		Elev i grunnskule

MELDAR:

	Føresette /personen sjølv
	Barnehage/ skule
	Andre; Spesifiser

SYKKYLVEN KOMMUNE

Barne- og familietenestene – Pedagogisk Psykologisk kontor

IKKJE OFFENTLEG - Jf.Off .§ 5a
Jf. Forvaltningslova § 13

2. PERSONOPPLYSNINGAR

Fornamn:	Etternamn:	Fødselsnummer
Postnummer:	Stad:	Tlf:
Barnehage/skule	Avdeling/årstrinn:	Tlf:
Morsmål:		

MELDANDE INSTANS

Kontaktperson:	Stilling:
Tlf.nr:	E-post:

3. FAMILIE- OG OMSORGSSITUASJON:

	Bur saman med begge foreldra		**Bur saman med ein av foreldra**
	Pendlar mellom mor og far		**Bur i fosterheim**
	Eigen bustad		**Anna;**

Foreldreansvar;	**Begge**	**Mor**	**Far**

Føresett 1:	**Føresett 2:**
Namn:	**Namn:**
Gateadr.	**Gateadr.**
Postnr./stad	**Postnr./stad**
Telefon:	**Telefon:**
Epost:	**Epost:**
Relasjon: *Biologisk/foster/adoptivmor/far eller anna;*	**Relasjon:** *Biologisk/foster/adoptivmor/far eller anna;*
Nasjonalitet:	**Nasjonalitet:**
Morsmål:	**Morsmål:**
Behov for tolk:	**Behov for tolk:**

4. TILVISINGSGRUNN: (kryss av)

Kommunikasjonsvanskar (Utdjupast i ped.rapport)	
	Språk- og talevanskar
	Logopedvurdering
Utviklings- og/eller lærevanskar (Utdjupast i ped.rapport)	
	Forsinka utvikling
	Lærevanskar
Spesifikke fagvanskar	
	Lese- og skrivevanskar
	Matematikk
Sosiale og emosjonelle vanskar	
	Emosjonelle vanskar
	Angstproblematikk
	Samspel/åtferd/konflikter
	Uro/merksemd
	Lite skulenærvær
Sensoriske/motoriske vanskar	
	Syn
	Høyrsle
	Motorisk fungering
Anna;	
	CP, epilepsi eller anna medisinsk diagnose

Er syn og høyrsle undersøkt		**Ja**		**Nei**

5. TILRETTELEGGING, OPPFØLGING OG UTPRØVING AV TILTAK FØR TILVISING

	Gjennomført kartlegging, igangsett aktuelle tiltak og gjennomført evaluering.
	Drøfta og avklart tilvising i samarbeid med barnehagen/skulen si leiing/ressursteam/spes.ped team. Dato: Namn på drøftingsperson(ar):
	Drøfta med PPT Dato: Navn på fagperson i PPT:
	Barnehage; Det er utarbeidet Pedagogisk rapport som er lagt ved. (bruk mal frå PPT)
	Skule; Det er utarbeida pedagogisk rapport som er lagt ved. (bruk mal frå PPT)

6. OPPDRAGET TIL PPT:

A. SYSTEMNIVÅ;	
	Tilvising av gruppe/klasse
	Anna;

B. INDIVIDNIVÅ;	
	Vurdering av behov for logoped
	Vurdering av lese- og skrivevanskar
	Vurdering av behov for spesialpedagogisk hjelp før opplæringspliktig alder – Jf. § 19a og § 19c **(Utløyser sakkunnig vurdering frå PPT)**
	Vurdering av behov for individuelt tilrettelagt opplæring – Jf. § 11.1 og 11.6 **(Utløyser sakkunnig vurdering frå PPT)**
	Vurdering av framskoten/utsett skulestart
	Tilvising til Spesialisthelsetjeneste
	Tilvising til Statped (t.d. syn/hørsel)
	Utgreiing/kartlegging/rettleiing knytt til einskildbarn/elev

SYKKYLVEN KOMMUNE

Barne- og familietenestene – Pedagogisk Psykologisk kontor

IKKJE OFFENTLEG - Jf.Off .§ 5a
Jf. Forvaltningslova § 13

7. SAMTYKKE FOR TVERRFAGLEG SAMHANDLING (og elev over 15 år)		
Eg/vi samtykker til at Sykkylven PPT kan gi og innhente nødvendige opplysingar frå følgjande samarbeidspartar:		
	Anna barnehage/skule	**Eg/vi samtykker til at det blir utarbeida sakkunnig vurdering. Opplysingar i dette skjema, samt ny og tidlegare lagra informasjon som er relevant for saka, kan lagrast i PPT sitt fagsystem.** **Samtykke inneber at PPT kan innhente opplysingar frå og samarbeide med aktuelle instansar** **Føresette har etter forvaltningslova innsynsrett i alle opplysingar som vedkjem barnet/eleven** **Samtykke gjeld så lenge saka er aktiv i PPT og kan når som helst endrast eller trekkast tilbake ved skriftleg melding til PPT**
	Fysio/ergoterapeut	
	PPT i andre kommunar	
	Logoped	
	Helsestasjon	
	Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP)/Barnehabiliteringa (HABU)	
	Barneverntenesta	
	Fastlege/lege	
	Andre;	

Stad/dato: _____ Underskrift føresett:_____

Stad/dato: _____ Underskrift føresett: _____

Stad/dato: _____ Underskrift elev (over 15 år):_____

UNDERSKRIFT FRÅ TILVISANDE INSTANS:

Stad/dato: _____ Underskrift kontaktperson:_____

Stad/dato: _____ Underskrift styrar/rektor:_____

Stad/dato: _____ Underskrift anna tilvisar:_____

Stad/dato:_____ Underskrift leiar annan tilvisar:_____