



**HAMARREGIONENS INTERKOMMUNALE PEDAGOGISK PSYKOLOGISK TJENESTE**  
Hamar, Løten og Stange kommune

Unnt.offh.iht.forv.l.§ 13

**HENVISNING TIL PP-TJENESTEN**

<b>Hvem melder:</b> <input type="checkbox"/> Foresatte / personen selv <input type="checkbox"/> Skole/barnehage (kartlegging og pedagogiske rapporter <u>skal</u> vedlegges) <input type="checkbox"/> Andre:	
<b>Navn:</b>	<b>Født:</b>
<b>Gutt:</b> <input type="checkbox"/> <b>Jente:</b> <input type="checkbox"/> <b>Morsmål:</b>	
<b>Adresse:</b>	<b>Tlf:</b>
<b>Foresatt 1:</b> Navn: Samme adresse som barnet: <input type="checkbox"/> Adresse: Tlf: E-post:	<b>Foresatt 2:</b> Navn: Samme adresse som barnet: <input type="checkbox"/> Adresse: Tlf: E-post:
<b>Omsorgssituasjon:</b> <input type="checkbox"/> Bor sammen med begge foreldrene <input type="checkbox"/> Pendler mellom mor og far <input type="checkbox"/> Bor hos en av foreldrene <input type="checkbox"/> Bor i fosterhjem <input type="checkbox"/> Annet:	<input type="checkbox"/> Foresatte/elev har behov for tolk
<b>Barnehage/skole:</b> <b>Tlf:</b> <b>Trinn/avd.:</b>	<b>Kontaktperson:</b> <b>Stilling:</b> <b>Tlf:</b> <b>E-post:</b>

<b>Henvisningsgrunn:</b> <input type="checkbox"/> Samspillsvansker <input type="checkbox"/> Språkvansker <input type="checkbox"/> Skolefaglige vansker <input type="checkbox"/> Medisinske vansker <input type="checkbox"/> Fravær <input type="checkbox"/> Gjentatt henvisning <input type="checkbox"/> Annet.....	<b>Andre instanser som arbeider i saken:</b> <input type="checkbox"/> Barneverntjenesten <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> HAB <input type="checkbox"/> Helsestasjonen <input type="checkbox"/> Andre, evt. hvilke.....	<b>Har syn/hørsel vært undersøkt, evt. når?</b> <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Ja      Resultat:
<b>Vedlegg:</b> <input type="checkbox"/> Pedagogisk rapport (skal legges ved) <input type="checkbox"/> Uttalelser fra andre instanser <input type="checkbox"/> Kartleggingsrapporter <input type="checkbox"/> Annet: <input type="checkbox"/> Kontaktmøteskjema(er)		
<b>Saken er tidligere tatt opp med kontaktperson i HIPPT</b> <input type="checkbox"/> den      (dato)		
<b>Samtykke til:</b> <b>- at det utarbeides en sakkyndig vurdering jf. Barnehelgeloven § 34/ Opplæringsloven §5.4</b> <input type="checkbox"/> <b>- samarbeid gitt av foresatte/elev (etter fylte 15 år):</b> En henvisning innebærer et samarbeid mellom PPT og barnehage/skole. For å få til et samarbeid til barnets/elevens beste ber vi om tillatelse til utveksling av informasjon med andre aktuelle instanser. Sett kryss: <input type="checkbox"/> Helsestasjon <input type="checkbox"/> Fastlege/BUP/HAB <input type="checkbox"/> Barneverntjeneste <input type="checkbox"/> Andre, evt hvem..... Samtykket gjelder så lenge den sakkyndige utredningen pågår.		

*Foresatte/elev (etter fylte 15 år) må gi skriftlig samtykke før sakkyndighetsarbeidet settes i gang. Dette ifølge personopplysningsloven. Det vises for øvrig til barneloven § 47: Plikt for den som barnet bor sammen med å gi opplysninger til den andre av foreldrene.*

**Underskrifter:**

Sted og dato \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_  
Foresatte/elev (etter fylte 15 år)

Sted og dato \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_  
Foresatte

Sted og dato \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_  
Rektor/styrer

Sted og dato \_\_\_\_\_ Underskrift: \_\_\_\_\_  
Andre