



SKIEN KOMMUNE

PP-tjenesten

Henvisning logopedisk hjelp Barnehage/Grunnskole

Postadresse:
Postboks 158
3701 Skien

Besøksadresse:
Kongensgate 31
5. etasje i Kverndalen

Telefon: 35581570

E-post: ppt@skien.kommune.no
Nettside: www.skien.kommune.no



REGIONHOVEDSTAD VESTFOLD OG TELEMAR

Unntatt offentlighet Jfr. Off.l §13		Fylles ut av PPT	
		Mottatt: Saksnr:	
Opplysninger om eleven			
Etternavn:		Fornavn:	
Adresse:		Postnr. og sted:	
<input type="checkbox"/> Gutt <input type="checkbox"/> Jente			
Nasjonalitet:		Morsmål:	

Foresatte			
Foresatt 1: Etternavn		Fornavn	
Adresse		Postnr. og sted:	
Foresatt 2: Etternavn		Fornavn	
Adresse:		Postnr. og sted:	
Barnet har fast bosted hos:		Kryss av:	
Mor og far		Hvem har foreldreansvar :	
Mor		Mor og far	
Far		Mor	
Andre		Far	
		Andre	
Hvem består den nærmeste familie av til daglig? (Spesifiser hvis det er delt omsorg)			
Søsken/halvsøsken/andre i familiens omsorg:			

Barnehage/Skole		
Barnehage/Skole:		Avd/Trinn:
Pedagogisk leder/Kontaktlærer:		Tlf.:
E-postadresse:		
Hvem i PPT har henvisningen vært drøftet med?		
Hvem tok initiativ til henvisningen?		

For tospråklige:			
Barnet har bodd i Norge siden:	Barnet har bodd i Skien siden:	Mottar eleven tospråklig fagopplæring?	Mottar eleven grunnleggende norskopplæring?
Har foresatte behov for tolk?		Hvilket språk?	

Henvisningsgrunn

Språkforståelse (barnet/eleven strever med f.eks. å få med seg innholdet i beskjeder, begrepsforståelsen, ta i mot instruksjoner etc.)

Talespråk (barnet/eleven strever med f.eks. setningsoppbygging, setningsmelodi, ordforklaring, formuleringsevne etc.)

Språklydvansker/uttale (barnet/eleven strever med språklyder.)

Uttale utredes ved 4,6 årsalder. Barn forventes å ha språklydene på plass ved 4-årsalder (med unntak av R-lyd), og er mer mottakelige for undervisning ved denne alderen. R-lyden jobbes med våren 2. trinn, grunnskole.

Taleflyt (stamming – barnet/eleven gjentar lyder, stavelser, ord etc, løpsk tale – barnet/eleven kan ha hurtig taletempo, skrifter samtale tema ofte etc.)

Stemmevansker (barnet/eleven strever med f.eks. heshet, svak stemme, utfordringer knyttet til pust etc.)

Leppe-, kjeve-, ganespalte (i disse sakene må det legges ved melding/rapport fra Statped/Øre-nese-hals/lege etc.)

Utfyllende beskrivelse av barnets språklige utfordringer:

Hva ønskes det hjelp til?

Utredning/kartlegging

Veiledning vedrørende barnet/elevens vansker

Utfyllende beskrivelse:

Andre samarbeidspartnere

BUP/SAF

HABU

Ergo/fysioterapi, navn:

Fastlege, navn:

Barneverntjenesten

Sykehuset Telemark, avd.

Helsesykepleier, navn:

Andre, hvem:

Kartlegginger og vurderinger

Resultater og vurderinger av gjennomførte kartlegginger beskrives og legges ved

TRAS – OBLIGATORISK for barnehage

Språk 6-16 – OBLIGATORISK for skole

Annet – beskriv:

Tiltak barnehagen/skolen har prøvd knyttet til vansker eleven er henvist for (dette forventes i forkant av en utredning)

Hvilke tiltak har vært prøvd ut?

Hvor lenge har tiltakene vært prøvd?

Beskriv effekten tiltakene har hatt?
(vedlagt notat/resultater)

UNDERSKRIFT AV BARNEHAGE/SKOLE
Navn på barnehage/skole:
Adresse:
Dato og underskrift styrer/ректор:
<i>Henvisningen blir sendt i retur ved mangelfull utfylling</i>

OPPLYSNINGER FRA FORESATTE	
Gi en kort beskrivelse av vanskene/grunn for henvisning:	
Beskriv barnets sterke sider:	
Hva er barnets interesser?	
Når startet vanskene?	
Hva sier barnet selv om vanskene?	
Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdommer/skader, livshendelser):	
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-/barneverntjenesten eller andre)? Eventuelle rapporter legges ved henvisningen.	
Dersom barnet er diagnostisert av andre instanser, vennligst oppgi diagnosen:	
Syn er sjekket når? Resultat:	Hørsel er sjekket når? Resultat:
Har barnet/eleven mottatt logopedhjelp før?	Barnets motivasjon for undervisning med logoped?

Samtykke til henvisning og underskrift fra foresatte	
Vi er kjent med hele henvisningen m/vedlegg på totalt sider.	
Dato	Underskrift foresatt 1
Dato	Underskrift foresatt 2
Dato	Underskrift barn over 15 år



Samtykke – tverrfaglig samhandling

Navn på barn/elev:

Fødselsnummer (11 siffer):

Jeg/vi gir med dette samtykke til at nedenfor nevnte etater løses fra sin taushetsplikt for å bidra til å skape helhetlige og koordinerte tjenester.

Kryss av:	
	Helsesykepleier
	Barnehage
	Skole
	PP-tjenesten
	Barnevernstjenesten
	Jordmor
	Sosialtjenesten/NAV
	Sykehus/BUP/HABU
	Fastlege
	Politiet
	Andre:

Samtykke gjelder **fra underskriftens dato og ut grunnskolen**. (Utgår dersom PPT avslutter tidligere)
Jeg/vi er kjent med at jeg/vi på hvilket som helst tidspunkt kan trekke tilbake dette samtykket ved skriftlig melding.

Dette samtykket er gitt under forutsetning av at underskriverne på forhånd er gjort kjent med tema/opplysninger/vurderinger som kan drøftes med samarbeidende instanser.

Der foreldre bor sammen, er det tilstrekkelig at den ene skriver under. Er det delt omsorg skal begge skrive under.

Dato: / 20....

Dato: / 20....

Underskrift foresatte 1:

Underskrift foresatt 2: