



KLEPP KOMMUNE

TILVISING TIL PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TENESTE

Førskulealder 0 – 6 ÅR

Besøksadresse: Klepp rådhus,

Solveien 1

4358 Kleppe

Postadresse: Postboks 25,

4358 Kleppe

Telefon: 51 42 98 00

Tilvisande instans:	
Namn:	Telefon:
Adresse:	
E-postadresse:	
Kontaktperson:	Telefon:

Tilvisinga gjeld:			
Namn:			
Født:	Kjønn: Jente: <input type="checkbox"/>	Gut: <input type="checkbox"/>	Klassetrinn:
Adresse:		Postnr./Stad:	
Telefon:		Nasjonalitet:	
Butid i Noreg:		Språk:	
Barnehage:		Avdeling:	

Opplysingar om barnet sin familie:			
Mor sitt namn:			
Adresse:		Postnr./Stad:	
Telefon:	Mobil:	Telefon jobb:	
Nasjonalitet:		Språk:	
Butid i Noreg:			
Far sitt namn:			
Adresse:		Postnr./Stad:	
Telefon:	Mobil:	Telefon jobb:	
Nasjonalitet:		Språk:	
Botid i Noreg:			
Behov for tolk: Ja: <input type="checkbox"/>		Nei: <input type="checkbox"/>	
Språk:			
Antal sysken:		Alder:	

Barnet har fast bustad hos:		Kven har foreldreansvaret:	
Mor og far	<input type="checkbox"/>	Mor og far	<input type="checkbox"/>
Mor	<input type="checkbox"/>	Mor	<input type="checkbox"/>
Far	<input type="checkbox"/>	Far	<input type="checkbox"/>
Andre	<input type="checkbox"/>	Andre	<input type="checkbox"/>
Opplysingar om evt. andre omsorgsordningar, t.d. fosterheim, besøksheim, avlastningsbustad eller institusjon: Namn: Telefon:			
Relasjon til barnet:.....			

Har barnet individuell plan?	Ja: <input type="checkbox"/>	Nei: <input type="checkbox"/>
Kontaktperson:	Telefon:	

Tilvisningsgrunn. Markér tilvisningsgrunnar ved å prioritere med tal:	
Generelle lærevanskar:	Språkvanskar/Forsinket språkutvikling:
Sosiale /atferdsvanskar:	Talevanskar (Uttalevanskar, Stemmevanskar, Taleflytvanskar):
Emosjonelle vanskar:	Motoriske vanskar:
Syn-/hørselsvanskar:	Anna:

Kva slags hjelp ønskjer de frå PPT? Beskriv kort:

Beskriving av barnet og barnet sin situasjon:
Positive situasjonar for barnet i barnehagen:
Utfordrande situasjonar for barnet i barnehagen:
Samarbeid mellom barnehagen og foresatte:
Tilhøve av særleg betydning for barnet sin situasjon (heimeforhold, sjukdommar, spesielle hendingar):
Korleis er barnet sin trivsel i barnehagen?
Er syn og hørsel sjekka ? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
Resultat frå hørselstest må alltid bli vedlagt ved mistanke om språkvanskar.

Er barnet sin språklege fungering aldersaekvat? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Hvis nei, fyll ut nedanfor:
Språkforståing:
Talespråk:

Taleflytvanskar:
Stemmevanskar:
Uttalevanskar :
Uttale: Ved uttalevanskar må ein gi døme på korleis barnet uttalar ord isolert og i setning. Uttalevanskar kan ofte få konsekvensar for kommunikasjon og sosialt samspel. Beskriv korleis dette gjer seg utslag for barnet.
Verbal kommunikasjon med andre:
Nonverbal kommunikasjon med andre:
TILLEGGSSINFORMASJON OM MINORITETSSPRÅKLEGE BARN
Kor lenge og ofte har barnet hatt norskspråkleg påvirkning?
Kva slags språk bruker barnet i ulike samanhenger?
Kva slags språk bruker barnet til ulike personar?

Er barnet sin evnemessige fungering aldersadekvat? Ja Nei Hvis nei, fyll ut nedanfor:

Konsentrasjon:
Merksemd:
Hukommelse:
Problemløysing:
Anna:

Er barnet sin daglege fungering aldersadekvat? Ja Nei Hvis nei, fyll ut nedanfor:

Sjølvtende i samband med på-/avkledning:
Hygiene:

Toalettsituasjon:
Måltid:

Er barnet sin sosiale fungering aldersadekvat? Ja Nei Hvis nei, fyll ut nedanfor:

Leik:
Samspel:
Vener:
Interesser:
Anna:

Er barnet sin emosjonelle utvikling aldersadekvat? Ja Nei Hvis nei, fyll ut nedanfor:

Evne til å gi uttrykk for egne kjensler:
Evne til å regulere egne kjensler:
Evne til å forstå andre sine kjensler:

Arbeidet i barnehagen innan det allmenpedagogiske tilbodet:

Korleis trivst barnet i barnehagen?
Har barnet vore drøfta med styraren i barnehagen?
Vaksendekning i barnegruppa, og på avdelinga:
Fagbakgrunnen til personalet i barnegruppen, og på avdelinga:
Kor mange barn er det i barnegruppa, og på avdelinga?
Er det sett inn generell styrking i barnegruppa, og på avdelinga?

Er det ei barnegruppe med ekstra utfordringar?
Organisering (lengd på samlingstund, bruk av mindre grupper osv.):
Spesielle satsningsområder i barnehagen, barnegruppe og liknande:

Kva slags tiltak er iverksett for barnet?

Kva er prøvd ut?
Varigheit på tiltaket?
Korleis var tiltaka organiserte?
Kva var utbyttet av tiltaka?

Underskrift frå tilvisande instans:

<p>Tilvisinga skal vere diskutert med kontaktperson frå PPT Namn på kontaktperson: Dato:</p>
<p>Kartlegging som PPT ønskjer vedlagt:</p> <p><input type="checkbox"/> TRAS</p> <p><input type="checkbox"/> ALLE MED</p> <p><input type="checkbox"/> FIRFOTMODELLEN (ved bekymringsfull atferd)</p> <p><input type="checkbox"/> ”De er Ham`ses” (minoritetsspråklege)</p> <p><input type="checkbox"/> eventuelt andre aktuelle epikrisar og rapportar</p>
<p>Styrar er gjort kjend med tilvising til PPT Styrar sin underskrift: Dato:</p>
<p>I fall henvisande instans er ein annan enn barnehagen Tilvisar sin underskrift: Dato:</p>

Opplysningar frå føresette:

Beskriv barnet sine sterke og positive sider:

Gi ei beskriving av kva som bekymrar deg/de ved barnet si utvikling:

Når starta bekymringa?

Har du/de gjort noko spesielt for å arbeide med vanskane?

Er det tiltak du/de meiner bør bli sett inn for å løyse vanskane?

Kva ønskjer du/de at PPT skal gjere?

Samtykkje

Eg/vi er gjort kjend med barnehagen sin beskriving, og samtykkjer i tilvising til PPT(**Om føresette bur kvar for seg og begge har foreldreansvar, må begge underskrive før PPT kan starte opp saka**).

Stad: Dato:..... Underskrift:

Stad: Dato:..... Underskrift:

Vårt samtykkje innbefattar også at PPT kan samarbeide med/innhente opplysningar frå:

- Helsestasjon/skolehelseteneste
- Familieenheten
- Fastlege
- Fysio-/ergoterapeut
- Barnehabiliteringen Østerlide
- Autismeteamet
- Barnevernteneste
- Barne- og ungdomspsykiatrisk (BUP)
- Andre:

Dette samtykkjet kan bli endra eller bli trekt attende seinare i fall det skulle vere ønskjeleg.