



Pedagogisk-psykologisk tjeneste
(PPT) for Randaberg og Kvitsøy

Henvisning til PP-tjenesten

Unntatt offentlighet, jf. offl. § 13.1 og fvl. § 13

Revidert 02.2025

Alle henvisninger må drøftes på forhånd med PPT på ressursgruppemøte, eller med PP-rådgiver som har vært med i førhenvisningsfasen.

Barn/elev

Navn:	Fødselsdato:
Adresse:	Telefon:
Dersom flerspråklig Botid i Norge:	Morsmål:

Foresatt 1

Navn:	Adresse:
Telefon:	Email:
Behov for tolk på følgende språk:	

Foresatt 2

Navn:	Adresse:
Telefon:	Email:
Behov for tolk på følgende språk:	

Daglig omsorg (sett kryss)	Foreldreansvar (sett kryss)
Foresatt 1 <input type="checkbox"/>	Foresatt 1 <input type="checkbox"/>
Foresatt 2 <input type="checkbox"/>	Foresatt 2 <input type="checkbox"/>
Annet: Ved fosterhjem - ansvarlig kommune:	Annet:
Undertegnede erklærer å ha foreldreansvar alene: (signatur)	

Postadresse:
Pb 40
4096 Randaberg

Epost:
Post@randaberg.kommune.no

Organisasjonsnr.
988054569

Barnehage/skole:	Avd./klasse:
Kontaktperson:	Tlf.:
Henvisende enhet dersom annen enn barnehage/skole:	Kontaktperson, tlf. og email:
Henvisningen er drøftet med PPT (skriv navn på rådgiver), dato:	Andre instanser som er involvert i saken:

Hva ønskes det at PPT skal gjøre, og hva ønskes det hjelp med?

Beskrivelse av vanskene

Henviserens oppfatning:

Foreldrenes oppfatning:

Barnets/elevenes oppfatning:

Beskriv tidligere iverksatte tiltak:

Følgende dokumenter legges ved henvisningen, sett kryss:

- Kartlegginger
- Karakterer (gjelder ungdomsskoleelever)
- Kartlegging av elevens norskferdigheter (dersom flerspråklig)
-
-
-

Samtykke til henvisning:

Foreldre samtykker for barn/elev under 15 år. Når foreldre bor sammen, er det tilstrekkelig med underskrift fra en av disse. Bor foreldre hver for seg og har delt foreldreansvar, skal begge foreldre skrive under.

Barn/elev over fylt 15 år samtykker selv.

Barn/elev over 12 år bør være kjent med innholdet i henvisningen.

Underskrifter:

Foresatt 1:	Dato:
Foresatt 2:	Dato:
Elev over 15 år:	Dato:
Den som har fylt ut henvisningen:	Dato:
Leder henvisende instans/styrer/ректор:	Dato:

Samtykke til samarbeid med andre instanser - fra foreldre:

Jeg/vi samtykker til at PPT kan samarbeide og utveksle informasjon relevant for saken med følgende andre involverte instanser:

<input type="checkbox"/> Helsestasjon	<input type="checkbox"/> Familieteamet	<input type="checkbox"/> BUP
<input type="checkbox"/> Barnevern	<input type="checkbox"/> Tverrfaglig team	<input type="checkbox"/> Andre
<input type="checkbox"/> Fysioterapi	<input type="checkbox"/> Fastlege	
<input type="checkbox"/> TKK	<input type="checkbox"/> HABU	

Underskrift fra foresatte:

Foresatt 1:	Dato:
Foresatt 2:	Dato: