



Pedagogisk psykologisk tenestekontor
Opheimsgata 31, 5751 ODDA
Telefon: 53 65 43 30

Konfidensielt

TILVISING

Navn	Etternavn			Fornavn			Født:													
Kjønn	<input type="checkbox"/> Gutt	<input type="checkbox"/> Jente	Nasjonalitet		Morsmål															
Adresse						Telefon:														
Skole/barnehage						Gruppe/avd.														
Mors navn				Adresse			Telefon													
Fars navn				Adresse			Telefon													
Barnet bor hos	<input type="checkbox"/> Begge foreldrene <input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Andre																			
Andre barn i heimen (navn og alder)																				
Hvem ønsker (foreslo) at barnet blir tilmeldt?																				
TILVISINGSGRUNN (sett i prioritert rekkefølge 1-11, 1 viktigst)																				
<table><tr><td><input type="checkbox"/> Syn/Hørselsvansker</td><td><input type="checkbox"/> Psykososiale vansker</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Motoriske vansker/bevegelseshemming</td><td><input type="checkbox"/> Generelle lærevansker</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Språk/Talevansker</td><td><input type="checkbox"/> Utsatt skolestart</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Lese/skrivevansker</td><td><input type="checkbox"/> Tidlig skolestart</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Matematikkvansker</td><td><input type="checkbox"/> Konsentrasjonsvansker:</td></tr><tr><td></td><td><input type="checkbox"/> Anna:</td></tr></table>									<input type="checkbox"/> Syn/Hørselsvansker	<input type="checkbox"/> Psykososiale vansker	<input type="checkbox"/> Motoriske vansker/bevegelseshemming	<input type="checkbox"/> Generelle lærevansker	<input type="checkbox"/> Språk/Talevansker	<input type="checkbox"/> Utsatt skolestart	<input type="checkbox"/> Lese/skrivevansker	<input type="checkbox"/> Tidlig skolestart	<input type="checkbox"/> Matematikkvansker	<input type="checkbox"/> Konsentrasjonsvansker:		<input type="checkbox"/> Anna:
<input type="checkbox"/> Syn/Hørselsvansker	<input type="checkbox"/> Psykososiale vansker																			
<input type="checkbox"/> Motoriske vansker/bevegelseshemming	<input type="checkbox"/> Generelle lærevansker																			
<input type="checkbox"/> Språk/Talevansker	<input type="checkbox"/> Utsatt skolestart																			
<input type="checkbox"/> Lese/skrivevansker	<input type="checkbox"/> Tidlig skolestart																			
<input type="checkbox"/> Matematikkvansker	<input type="checkbox"/> Konsentrasjonsvansker:																			
	<input type="checkbox"/> Anna:																			

OPPLYSNINGER**Tilvisingsgrunn; Gi en konkret beskrivelse av vanskene:****Beskriv konkret hva barnet mestrer/ikke mestrer (faglige ferdigheter, atferd, motorisk, sosialt, emosjonelt):****Når starta vanskene?****Hvordan er vanskene kartlagt (legg ved rapporter/utgreiinger)?****Hvilke tiltak har vært iverksatt i forhold til vanskene? Beskriv omfang og effekt.**

Beskriv kort barnets avdeling/gruppe ("klima", timeressurser, avdeling/gruppestørrelse osv.)

Hva ønsker tilvisende instans at PPT skal gjøre i denne saka:

Sakkyndig vurdering

Sakkyndig uttale

Andre utfyllende opplysninger:

Underskrift:

Sted

Dato

Kontaktlærer/avd. leder

Styrer/rektor/tilvisende instans

Vi samtykker i tilvisning til PPT. Vi er kjent med opplysningene gitt på skjemaet og i eventuelle vedlegg. Vi samtykker i at PPT kan innhente opplysninger som er nødvendige for den videre saksbehandlingen.

Sted

Dato

Foreldre/foresatte