



ELVERUM KOMMUNE

– Elverum har hjerterom

Henvisning til PPT (fra foresatte, ungdom over 15 år eller andre hjelpeinstanser) – EK0102

Før du starter utfyllingen:

Dette skjemaet inneholder personlige opplysninger, og kan derfor kun sendes inn per post eller leveres fysisk hos oss. Du kan derimot fylle det inn elektronisk, lagre søknaden til din datamaskin og deretter printe det ut. Søknad + vedlegg sendes til:

Elverum kommune v/ PPT-tjenesten
Postboks 403, 2418 Elverum

Eller leveres i postkassa/skranken på kommunehuset Folkvang:
Lærerskolealleen 1,
2408 Elverum

Har du noen spørsmål?

Ring oss på 62 43 00 00

1. Informasjon

Hvem gjelder meldingen for?

Fornavn

Etternavn:

Fødselsdato:

Adresse:

Kjønn:

Telefon (ungdom over 15 år):

Skole / barnehage:

Trinn / avdeling:

Voksen:

Ja

Etnisk bakgrunn:

Språk 1

språk 2

Har foresatte/bruker behov for tolk?

Ja

Nei

Ved behov for tolk, hvilket språk?

2. Foresatte

Dette fylles ut hvis vedkommende meldingen gjelder for er under 15 år

Mor:

Fornavn

Etternavn:

Adresse:

Postnr./sted:

Telefon:

Far:

Fornavn

Etternavn:

Adresse:

Postnr./sted:

Telefon:

Skal begge foresatte ha informasjon?

Ja

Nei (spesifiser om det er mor eller far under)

3. Beskrivelse

Beskrivelse av opplevd problem:

Hvilken annen hjelp er eventuelt prøvd?

Hva ønsker du/dere at PPT skal hjelpe til med?

- Kartlegge / utrede vanskene
- Rådgivning / informasjon
- Opplysninger om hva slags hjelp som finnes for vanskene
- Viderehenvisning til spesialpedagogiske kompetansesentre
- Annet (spesifiser under)

Henvisningen avsluttes med en rapport/sakkyndig vurdering.

Andre opplysninger av betydning:

4. Vedlegg

Har du noen vedlegg? Dette legges ved søknaden.

- Kartleggingsmateriell
- Observasjonsrapport
- Epikriser / rapporter
- Annet (spesifiser under)

5. Sted og dato

Barnehage, skole, PPT og helsestasjonen samarbeider til barnets beste. Vi ber derfor om tillatelse til at informasjon kan utveksles mellom instansene.

Vi, foresatte, gir tillatelse til at PPT innhenter og avgir nødvendig informasjon

Jeg gir med dette tillatelse til at opplysninger vil bli brukt til pålagte anonymiserte rapporteringer til Helsedirektoratet (iplosregistrering og diagnose for PU-registrering).

Sted og dato:

.....

Underskrift (av ungdom selv som er over 15 år eller foresatte for barn / unge under 15 år):

.....

Sted og dato:

.....

Underskrift av og navn på den eventuelle hjelpeinstansen som melder barnets / elevens behov til PPT:

.....