**TILVISING FRÅ BARNEHAGE TIL PEDAGOGISK-PSYKOLOGISK TENESTE FOR ALVER KOMMUNE**

**TILVISING GJELD** (set kryss)

|  |
| --- |
| **( ) Utgreiing av behov for spesialpedagogisk hjelp****( ) Tidleg / Utsett skulestart** **( ) Anna (spesifiser):**  |

**KVEN HENVISER**

**( )**  **BARNEHAGE**  **( ) FØRESETTE ( ) ANDRE:**

**TILVISINGSGRUNN**

|  |
| --- |
| **KVA YNSKJER DE BISTAND TIL?** |
| **( ) Språk / tale / kommunikasjon** | **( ) Motoriske vanskar** |
| **( ) Konsentrasjon / merksemd** | **( ) Sensoriske vanskar (syn / høyrsel** |
| **( ) Sosiale / emosjonelle vanskar** | **( ) Andre vanskar:**  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Etternamn** | **Førenamn** |
| **Adresse**  | **Fødsels- og personnummer** | **Kjønn** |
| **Postnummer/stad** | **Kommune** |

**PERSONALIA FOR BARNET**

**OPPLYSNINGAR OM BARNEHAGEN**

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnehagenamn /telefon** | **Avd. / kontaktperson / telefon** |
| **Totalt antal avdelingar og born i barnehagen**  | **Antal born på avdelinga** |
| **Antal vaksne på avdelinga og deira kompetanse**  | **Kjønnsfordeling i gruppa, fordelt på alder**Gutar:Jenter:  |
| **Stabilitet i personalsituasjonen på avdelinga** |
| ***Beskriv* det ordinære barnehagetilbodet, med vekt på pedagogisk plattform og satsingsområder**  |
| **Systemkompetanse i barnehagen** *(sett kryss for den kompetansen de har)* | **Beskriv korleis systemkompetansen vert nytta / responsen til barnet** |
| **( ) DUÅ** **( ) COS****( )**  **ICDP****( ) ANNA:**  |  |
| **Samarbeid barnehage – heim** |

**MEIR UTFYLLANDE OPPLYSNINGAR OM BARNET**

|  |
| --- |
| **Når byrja barnet i barnehagen** |
| **Har barnet gått i andre barnehagar?** (Viss ja, kva bhg / kor lenge?) |
| **Barnet si opphaldstid i barnehagen** |
| **Fråvær utover normal sjukdom; antal dagar i veka / timar pr dag** |
| **Barnet sin vekeplan** (dersom barnet mottar spesialpedagogisk hjelp) |
| **Barnet si generelle fungering** (sosial tilknyting, positive sider, engasjement i leik) |
| **Allmenn helsetilstand** (medisinske tilhøve, andre lidingar, funksjonsnedsetjing) |
| **Skildring av barnet** (det barnet meistrar og det barnet strevar med)  |
| **Språkleg fungering, verbalt språk;** ordforråd, setningsoppbygging, uttale. **Språkforståing. Kommunikasjonsdugleik** |
| **Sosial og emosjonell fungering:** Leikedugleik, sosial meistring/strategiar (ute og inne). Sjølvbilete/sjølvhevding, kjensleregulering |
| **Konsentrasjon og merksemd:** Evne til å oppretthalde leik og aktivitet; eigenvald aktivitet, tilrettelagt/styrt aktivitet  |
| **Evne til å starte og avslutte ein aktivitet. Evne til å ta imot beskjedar**  |
| **Meistring av overgangssituasjonar** |
| **Motorikk:** Finmotorikk, grovmotorikk, kroppskjensle, fungering i ulendt terreng |
| **Sjølvstende/sjølvhjelpsdugleik:** Av –og påkledning, måltid, toalett, evne til å søkje hjelp ved behov |
| **Kan barnet regulera seg etter rettleiing? Respons på ros, coaching (beskriv)** |
| **Meir om problemet/vansken/evt. diagnose** (Når starta vanskane, tilhøve av særleg betyding for barnet si utvikling) |
| **For fleirspråklege born spesielt:** Fødd i Noreg?, morsmål?, gått i barnehage/andre pedagogiske tilbod i heimlandet? |

|  |
| --- |
| **Er barnet drøfta med PPT i ressursteam? ( ) JA , dato: / ( ) NEI****PPT sin representant:** **Om nei, kvifor ikkje:** |
| **Har barnehagen fylgt prosedyrane i «handlingshjulet» for arbeidet? ( ) JA / ( ) NEI** |
| **Kva rettleiing er gjeven i ressursteam og kva tiltak har vore iverksett i barnehagen. Korleis har barnet respondert på dette?** |
| **BARNEHAGEN LEGG VED FØLGJANDE KARTLEGGING AV BARNET:** *(kryss av)* |
| **( )**  Strategiplan (DUÅ) (system og individ)**( )**  TRAS **( )**  Askeladden **( )**  Anna, *spesifiser*:  |  **( )**  Pedagogiske og andre rapportar  **( )**  Eventuelle medisinske opplysningar **( )**  Alle med  |

|  |
| --- |
| **Stad/dato og underskrift:**  **Pedagogisk leiar Styrar***\*Sjekk at alle punkt er svart på og at alle sider er med før du sender tilvisinga. Underskrift frå styrar må vere med. Hugs å sende med opplysningar og underskrift frå føresette.* |

|  |
| --- |
| **SKJEMAET SKAL SENDAST PER DIGITAL POST ELLER PÅ PAPIR** *(kopi til føresette)* |
| **Digital post:** Alver kommune PPT Org.nr. 991144021 | **På papir:** Alver kommune PPT Postboks 4, 5906 Frekhaug |

 **ARBEID MED BARNET INNANFOR DET ORDINÆRE BARNEHAGETILBODET**

|  |
| --- |
| **DEL 2.** FYLLES UT AV FØRESETTE |

|  |  |
| --- | --- |
|  **Mor/føresett** (den som har foreldreansvar) |  |
| **Personnummer** (Digipost) | **Telefonnummer** |
| **Adresse** | **Postnummer/stad** |
| **Far/føresett** (den som har foreldreansvar) |  |
| **Personnummer** (Digipost) | **Telefonnummer** |
| **Adresse** | **Postnummer/stad** |
| **Barnet sine søsken** (kjønn/alder) |  |
| **Morsmål** | **Behov for tolk ( ) JA / ( ) NEI** |

|  |
| --- |
| **Kven bur barnet saman med?** |
| **Dersom barnet bur i fosterheim/institusjon****Ansvarleg kommune:**  | **Stad/dato, underskrift ansvarleg barnevernsteneste:** |

**OMSORGSSITUASJON**

**TILVISINGSGRUNN**

|  |
| --- |
| **Utfordringar / vanskar hjå barnet som de ønskjer hjelp til** |
| **Ynskjer du / de rettleiing; evt i høve til kva?** |
| **Har barnet særskilde helseplagar?** Om ja, beskriv desse: | **Brukar barnet medisinar dagleg?** Om ja, beskriv: |
|  |  |
| **Forhold/utfordringar rundt fødsel** |
| **Syn og høyrsel** |
| **Beskriv barnet sine sterke sider** |
| **Samarbeid heim-barnehage** |
| **Anna:** |

|  |
| --- |
| Eg/me samtykkjer til at sakshandsamar får innsyn i evt. avslutta sakar hjå Alver PPT: **( ) JA / ( ) NEI** |
| ***Eg /me samtykkjer til at vårt barn vert tilvist PP-tenesta for Alver kommune, samt at det vert oppretta ein elektronisk journal for oppbevaring av saksdokument. Me er kjent med at me som føresette (evt. barn) har innsynsrett etter gjeldande lovar og forskrifter. Føresette samtykkjer til at pedagogisk-psykologisk teneste for Alver kommune gjer naudsynte observasjonar og kartlegging av barnet.*** |

**ERKLÆRING OM SAMTYKKE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Eg/me samtykkjer til at Alver PPT kan hente inn teiepliktige opplysningar frå / og samarbeide med følgjande instansar:*(Viss ja, kryss av for kva instansar og angje kontaktperson)* | **( ) Barnehage** | **( ) Skule** |
| **( ) Helsesjukepleiar** | **( ) Fastlege** |
| **( ) Fysioterapeut** | **( ) Barneverntenesta** |
| **( ) BUP/spesialisthelsetenesta** | **( ) Andre:** |

**FØRESETTE SAMTYKKJER I TILVISING TIL PEDAGOGISK- PSYKOLOGISK TENESTE FOR ALVER KOMMUNE**

**Stad/dato og underskrift:**

 *Føresette må underteikne dersom barnet er under 15 år. Evt. av verje kor dette er oppnemnd.*