



## HENVISNING AV ELEVER I SKOLEALDER

Til Pedagogisk- Psykologisk Distriktstjeneste for Vesterålen og Lødingen

HVEM HENVISER (skole, foreldre, elev, annen instans):

---

### Disse punktene må gjennomføres før henvisningen fra skolen (kryss av)

- Skolen skal gjennomføre aktuelle kartlegginger, igangsette tilretteleggingstiltak og evaluere tiltakene før henvisningen drøftes med PPD
- Utarbeidet pedagogisk rapport (Mal ligger på PPD sin hjemmeside. <https://www.ppdvl.no/> )
- Henvisningen er drøftet med PPD (dato og navn på PP-rådgiver)
- Nødvendig kartlegging skal være beskrevet og skåret/ tolket.

**NB: Henvisningen vil bli sendt i retur dersom punktene ovenfor ikke er gjennomført.**

### Opplysninger om eleven

Fornavn, mellomnavn etternavn		Fødselsnummer:	
E-postadresse			
Adresse		Postnummer	Poststed
Nasjonalitet / morsmål:			
<b>For minoritetspråklige:</b>			
Botid i Norge:			
Barnet har gått på skolen fra (årstall):			
Kjønn		Behov for tolk	
<input type="checkbox"/> Jente		<input type="checkbox"/> Ja	
<input type="checkbox"/> Gutt		<input type="checkbox"/> Nei	
Hvem har foreldreansvar?			
Hvem bor barnet hos?			

Opplysninger om foreldre/foresatte		
Navn	Fødselsnummer	
Adresse	Postnummer og sted	
E- post	Nasjonalitet og språk	
Tlf privat	Tlf arbeid	
Opplysninger om foreldre/foresatte		
Navn	Fødselsnummer	
Adresse	Postnummer og sted	
E- post	Nasjonalitet og språk	
Tlf privat	Tlf arbeid	
Opplysninger om skole		
Navn på skole	Kontaktlærer	Klasse
Organisering for minoritetsspråklige		
Opplysninger om ansvarlig kommune		
Kommune:	Kontaktperson på skolen:	
Skolens vurdering av opplæringsmål, sett kryss (Dette beskrives nærmere i pedagogisk rapport)		
Mulig å følge ordinær læreplan <input type="checkbox"/>	Mulig å følge deler av læreplan <input type="checkbox"/>	Kan følge overordnet læreplan <input type="checkbox"/>
Henvisningsgrunn, utdyp i pedagogisk rapport		
<input type="checkbox"/> Sensoriske vansker	<input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Hørsel	
<input type="checkbox"/> Motoriske vansker	<input type="checkbox"/> Finmotorikk <input type="checkbox"/> Grovmotorikk <input type="checkbox"/> Fysisk funksjonshemming <input type="checkbox"/> Annet	
<input type="checkbox"/> Kommunikasjonsvansker	<input type="checkbox"/> Uttalevansker <input type="checkbox"/> Talerytme (stamming/løpsk tale) <input type="checkbox"/> Språk- og begrepsforståelse <input type="checkbox"/> Ikke-verbale kommunikasjonsferdigheter <input type="checkbox"/> Annet	
<input type="checkbox"/> Lese- og skrivevansker		
<input type="checkbox"/> Matematikkvansker		
<input type="checkbox"/> Konsentrasjon og oppmerksomhetsvansker		
<input type="checkbox"/> Psykososiale vansker		
<input type="checkbox"/> Alvorlig høyt skolefravær		

<input type="checkbox"/> Annet, beskriv:
--

Tiltak iverksatt av skole (beskriv i ped. rapport)	
<input type="checkbox"/> Samtale/møte med elev	<input type="checkbox"/> Personlig assistanse
<input type="checkbox"/> Kontakt med foresatte	<input type="checkbox"/> Fysisk tilrettelegging og tekniske hjelpemidler
<input type="checkbox"/> Kartlegginger (vedlegges)	<input type="checkbox"/> Intensiv opplæring
Annet:	

Underskrifter fra henviser (rektor/ kontaktlærer)	
Sted, dato	Kontaktlærer
Sted, dato	Rektor

Samtykke	
<p>Jeg/vi samtykker i henvisningen til PPD for Vesterålen og Lødingen, og at PPD utarbeider en sakkyndig vurdering (jf. Opplæringslovens § 11-6), dersom det er nødvendig.</p> <p>Gjelder henvisningen ungdom over 15 år? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei  <i>Hvis ja skal ungdommen selv krysse av og signere. Det er også ønskelig at foreldre samtykker, men dette er ikke en forutsetning.</i></p> <p>Jeg/vi samtykker i at PPD kan innhente opplysninger fra annen aktuell instans.            Dette samtykke kan endres, eller trekkes tilbake senere om det er ønskelig.</p> <p>Navn på instanser som jeg samtykker til:</p> <input type="checkbox"/> BUP <input type="checkbox"/> Barnevern <input type="checkbox"/> Fysio- og, eller ergotjeneste <input type="checkbox"/> Helsestasjon <input type="checkbox"/> Andre, beskriv:	
Sted, dato	Forelder/foresatt
Sted, dato	Forelder/foresatt
Sted, dato	Elev (for elever fra 15 år)

**Henvisningen sendes til**

PPD for Vesterålen og Lødingen  
Postboks 97  
8401 Sortland

Kopi sendes til foreldre/foresatte/elev over 15 år

Ta kontakt med PPD for Vesterålen og Lødingen dersom det er spørsmål vedr. utfyllingen.

**Vedlegg til henvisningen (Sett kryss)**

- Pedagogisk rapport
- Kartlegginger/ testresultater (skåret og tolket)
- Elevens vurdering av egen situasjon
- Opplysninger fra foreldre
- Resultater fra synsundersøkelse
- Resultater hørselsundersøkelse
- Eventuelle kartlegginger fra helsestasjon
- Medisinske opplysninger
- Andre relevante dokumenter

<b>Elevens vurdering av egen situasjon</b>
Det skal legges til rette for at eleven fra fylte 7 år har mulighet til å uttale seg i saken og si sin mening. Fra eleven er fylt 12 år skal elevens mening tillegges stor vekt, se Barneloven § 31. Barns rett til å gi uttrykk for sin mening fremgår også av Barnekonvensjonens art.12. Opplæringsloven 10-2 Elevenes rett til medvirkning.
Hva mener eleven om at hun/han skal henvises til PPD, kjenner eleven bakgrunn for henvisningen?
Hva opplever eleven som sine sterke sider, faglig og sosialt?
Hva opplever eleven som utfordrende/ vanskelig, faglig og sosialt?
Er det noen fag eleven synes er vanskelig/ gruer seg til?
Hvilke arbeidsmåter opplever eleven å mestre best?
Elevens egne forslag til hvordan hun/han kan lære best.
Annet eleven synes det er viktig at PPD får vite/ eleven forteller om.

**Skjemaet skal alltid fylles ut. Skolen fyller ut skjemaet i samarbeid med eleven.**

Opplysninger fra foreldre	
Gi en kort beskrivelse av grunn for henvisningen. (Hvordan vil du/dere beskrive utfordringene?)	
Beskriv barnets sterke sider:	
Beskriv barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sosial fungering, sykdommer/skader og livshendelser)	
Fungerer synet normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, beskriv:	Fungerer hørsel normalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei, beskriv:
Eventuelt hvilken lege er konsultert når det gjelder syn/hørsel?	
Har du/dere hatt kontakt med andre instanser/fagpersoner?	
Hvem består den nærmeste familie av til daglig:	
Hva ønsker du/dere at PPD skal gjøre:	