**Henvisning til Pedagogisk psykologisk tjeneste i Ås**

For voksne

|  |  |
| --- | --- |
| Henvisende instans: | Person(er): |
| Adresse: | Telefon: |

**Hvilken hjelp ønskes av PPT (sett kryss):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sakkyndig vurdering  *Behov for spesialundervisning opplæringsloven § 4A-2* |  | Fornye sakkyndig vurdering  *Der gjeldene sakkyndig vurdering utgår* |  |
| Veiledning |  | Logoped |  |
| Utredning: |  | Videre henvisning |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personopplysninger:** | | | | | | | | | | | | | | | |
| For- og etternavn: | | Fødsel- og personnummer: | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Adresse: | Postnummer/sted: | Kjønn: | | | | Telefon: | | | | | | | | | |
| Nasjonalitet: | Behov for tolk: | | Ved ja, hvilket språk: | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Har eleven verge? Fyll ut under** | | | | | | | | | | | | |
| Navn: | | | | | | | | | | | | Adresse: |
| Fødsel- og personnummer: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Telefon: |

**Årsak til henvisningen:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Aktiviteter i dagliglivet (ADL) |  | Grunnleggende kommunikasjon (kommunikasjonshjelpemidler/ASK) |  |
| Kommunikasjon: Stemme  Stamming/taleflyt  Uttale  Språk |  | Grunnleggende ferdigheter:  Lese- og skriving  Matematikk  Andre fag |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Synspedagogisk opplæring |  | Annet: |  |

**Opplysninger fra eleven/vergen:**

|  |
| --- |
| Beskriv dine sterke sider: |
| Fortell om dine interesser og hobbyer: |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene dine: |
| Eventuelt medisinske diagnoser: |
| Ved annet morsmål enn norsk: |
| Lese- og skrive kompetanse: |
| Matematiske ferdigheter: |
| ADL ferdigheter: |

**Opplysninger fra skolen:**

|  |
| --- |
|  |

**Samtykke og underskrifter:**

|  |
| --- |
| **Samtykke til å innhente/dele informasjon med andre instanser som samarbeider rundt eleven** |
| Jeg/verge samtykker i at PPT kan innhente/dele taushetsbelagte opplysninger med andre instanser (*dette samtykket kan endres eller trekkes tilbake ved skriftlig henvendelse til PPT*) |
| **Ja**  **Nei** Hvis ja, kryss av for hvilke instanser og angi kontaktperson |
| Skole  Psykiatri (DPS)  Psykisk helsetjeneste  Sykehus  Fastlege  PPT i annen kommune  Fysioterapeut/Ergoterapeut  Andre: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Vi er kjent med opplysninger gitt i henvisningen og i eventuelle vedlegg. Underskrevet henvisning gir samtykke til at eleven henvises til PPT og at det utarbeides sakkyndig vurdering etter opplæringsloven § 4A-2 der det er krysset av for dette.* | | |
|  | Sted/dato | Signatur |
| Elev |  |  |
| Verge |  |  |

Elev/verge kan legge ved egen dokumentasjon til henvisningen dersom de ønsker det.

**Vedlegg når skolen er henvisende instans:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Pedagogisk rapport |  | Syn/hørsel |  |
| Medisinsk rapport |  | Kartleggingsresultater |  |

**Underskrift og samtykke:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Sted/dato | Signatur |
| Leder henvisende enhet |  |  |
| Kontaktlærer |  |  |

**Postadresse:** Ås kommune, Pedagogisk psykologisk tjeneste

Postboks 195, 1431 Ås

**Besøksadresse:** Skoleveien 15, 1430 Ås (Åsgård)

Inngang A – 1. etasje

**Elektronisk post:** 974 603 438

Ved spørsmål ta kontakt på telefon 64 96 21 00 eller 474 66 708.