



TILMELDINGSSKJEMA TIL

- Pedagogisk psykologisk teneste Helsestasjon
 Tiltak og ressurs Barnevern

BARN/UNGDOM	
Namn	
Fødselsdato/personnr.	
Adresse	
Nasjonalitet	Morsmål
Søsken fødd	

FØRESETTE	
Namn på mor	Telefon
Adresse m. postnr.	
Namn på far	Telefon
Adresse m. postnr.	
Barnet/ungdomen bur hos:	<input type="checkbox"/> Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Begge foreldra <input type="checkbox"/> Vekselvis hos mor/far <input type="checkbox"/> Andre

BARNEHAGE/SKULE			
Namn	Klassesteg	Kontaktperson	Telefon

KVEN HAR TEKE INITIATIVET TIL TILVISINGA?

TILMELDINGSGRUNN: <i>(set kryss)</i>	ØNSKE OM TILTAK
<input type="checkbox"/> Syn/hørsel <input type="checkbox"/> Somatiske vanskar/ rørslehemming <input type="checkbox"/> Språk/talevanskar <input type="checkbox"/> Lese/skrivevanskar <input type="checkbox"/> Matematikkvanskar <input type="checkbox"/> Psykososiale vanskar <input type="checkbox"/> Åtferdsvanskar <input type="checkbox"/> Generelle lærevanskar <input type="checkbox"/> Administrative spørsmål <input type="checkbox"/> Tiltak etter lov om barnevernstenester <input type="checkbox"/> Anna _____	<input type="checkbox"/> Kartlegging av situasjon og behov hjå barnet <input type="checkbox"/> Samtalar/ terapi med barn/unge og/eller foreldre <input type="checkbox"/> Støttesamtale i høve til barn/ungdom av sjuke/ rusbrukande foreldre <input type="checkbox"/> Ansvarsgruppe/ Koordineringsansvar <input type="checkbox"/> Foreldrerettleiing / PMTO / Marte Meo / COS eller anna <input type="checkbox"/> Gruppetilbod for barn og unge. Evt. kva slags gruppe? _____ <input type="checkbox"/> Støttekontakt <input type="checkbox"/> Avlasting/ besøksheim <input type="checkbox"/> Omsorgstønad <input type="checkbox"/> Rettleiing til skule/ barnehage

OPPLYSNINGAR:
<p>Gje nærare utgreiing om barnet/ ungdomen <i>Om t.d. fritidsinteresser, fagleg nivå, utviklingsnivå på ulike område, barnet sitt forhold til vaksne og andre born, familieforhold, initiativ, konsentrasjon og arbeidsevne, m.m.</i></p>

AKTUELL SITUASJON: <i>(Skriv kort om barnet/den unge sitt behov og evt. problem)</i>

KVA ØNSKJER EIN HJELP TIL?

TILTAK SOM HAR VORE PRØVD, OG EFFEKTEN AV DEI

UNDERSKRIFTER	
Tilvisande instans	Leiar / rektor / styrar/andre.
Dato	
<p>Føresette (også dersom dei er tilvisar sjølve): Vi er kjende med opplysningane som er gitt på skjemaet og i eventuelle vedlegg, og samtykker til at barnet/ ungdommen vert tilmeldt den/ dei avdelinga(ne) i Barn og familie som er kryssa av. Vi samtykker til at fagpersonane i avdelinga(ne) samarbeider og har innsynsrett i sakspapira så langt det er naudsynt for å finne fram til det beste tilbudet for barnet/ungdommen.</p>	
Dato	Underskrift føresette
Dato	Underskrift føresette

Skjema skal sendast til:

Barn og familie
Stølshaugvegen 5
5460 Husnes