**DRØFTINGSSAMTALE FOR BARN UNDER OPPLÆRINGSPLIKTIG ALDER**

Unntatt offentlighet Offl. §13 jfr.Fvl. §13

|  |  |
| --- | --- |
| **Barnehage** | |
| Barnehage: | Telefon: |
| Styrer: | Telefon: |
| Ved samtykke barnets navn: |  |
| Drøftingsmøte dato: | Hvem deltok på drøftingsmøte?  Foreldre/foresatte:  Barnehagen (ped.leder/styrer bør delta):  Andre:  Evt. PPT: |
| Samtykke foresatte: | Anonym drøfting: |

|  |
| --- |
| **Opplysninger fra barnehage i samtale med PPT** |
| Grunn til drøftingssamtale. Gi en kort beskrivelse av vanskene. Når startet vanskene? (språk/kommunikasjon, psykisk/emosjonelt/samspill, motorikk, oppmerksomhet/konsentrasjon, annet) |
| Beskrivelse av barnets styrker og interesser: |
| Gi en kort beskrivelse av barnets barnehagemiljø (psykososialt, bemanningssituasjon, organisering/dagrytme, antall barn på avdelingen/gruppestørrelse): |
| I hvilke aktiviteter vurderer barnehagen at barnet **ikke** har tilfredsstillende utbytte. |
| Hvilke tiltak har vært iverksatt for å avhjelpe barnets vansker innenfor det ordinære tilbudet? Gi en beskrivelse av omfanget og effekt av disse ut fra **TRAS-skjema og ASQS-skjema.** |
| Hva ønsker dere PPT skal bidra med: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Opplysninger fra foreldre/foresatte i samtale med barnehagen** | |
| Gi en kort beskrivelse av vanskene/grunn til bekymring: | |
| Beskriv barnets sterke sider: | |
| Samsvarer barnehagen sin beskrivelse slik dere ser barnet og dets utfordringer? | |
| Særlige merknader i barnets utvikling (fødsel, språk, motorikk, følelser, sykdom/skade, livshendelser, medisinske diagnoser): | |
| Fungerer synet normalt? Sist sjekket  Ja  Nei dato:\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fungerer hørsel normalt? Sist sjekket?  Ja  Nei dato:\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hvem består den nærmeste familie av til daglig? | |
| Har du/dere vært i kontakt med andre instanser/fagpersoner (helsestasjon, lege eller andre)? | |
| Hva ønsker du/dere at PP-tjenesten skal bidra med: | |