



Lemvig Kommune

Børne- og Familiecentret
 Pædagogisk Psykologisk Rådgivning
 Rådhusgade 2
 7620 Lemvig
 Tlf. 9663 1200
 E-mail BFC@lemvig.dk

Modtaget d.:

Indstilling til Pædagogisk Psykologisk Rådgivning

Barnet:

Dagpleje/vuggestue (adresse):	Børnehave (navn og adresse):	Skole/sfo (skole og klasse):
	Indskrevet d.:	
Navn:		Cpr-nr:
Adresse:		
Antal søskende:		Nr. i rækken:

Forældrene:

Moders navn:	Cpr-nr:	Tlf. hjemme:
Adresse:		Tlf. arbejde:
Faders navn:	Cpr-nr:	Tlf. hjemme:
Adresse:		Tlf. arbejde:
Hvem har forældremyndigheden? Mor <input type="checkbox"/> Far <input type="checkbox"/> Begge forældre <input type="checkbox"/>		
Hvem har taget initiativ til indstillingen?		
Tidligere PPR-vurdering den ____ / ____ 20 ____ i _____ kommune		
Hvis barnet er tosproget, hvilket sprog taler barnet? Ude: _____ Hjemme: _____		

Der gives hermed tilladelse til indhentning af oplysninger fra lægen, sundhedsplejen og familieafdelingen.

ja ____ nej ____

Det samlede skema er udfyldt i samarbejde med og udleveret i kopi til forældrene. ja ____ nej ____

Denne side udfyldes af institutionen/skolen.

Institutionens/skolens beskrivelse af barnets ressourcer og styrkesider:

Personlige karakteristika (selvtillid, ansvarlighed, selvstændighed m.m.).

Beskriv barnets relationer til andre børn.

Beskriv relationen barn/voksen.

Faglige standpunkter. Alle fag.

Hvad er barnet/eleven god til?

Hvad kan barnet/eleven lide at beskæftige sig med?

Hvad er barnet/eleven interesseret i?

Opfattelse af problemet og beskrivelse af barnet i institutionen/skolen:

Beskriv barnets/elevens problem.

I hvilke situationer er problemet tydeligst (hvor, i hvilke situationer)?

I hvilke situationer er problemet ikke så fremtrædende ?

Hvornår blev du/I første gang opmærksom på problemet ?

Hvad har du/I selv gjort for at løse problemet?

Hvad har I, som fagpersoner, brug for hjælp til?

Beskrivelse af årsagen til indstillingen:

Hvad er det, I ønsker hjælp til?

Hvad er det, I gerne vil nå frem til?

På kort sigt / på længere sigt.

Dato: _____

Forældrenes underskrift: _____

Kontaktpersonens underskrift: _____

Lederens underskrift: _____

Denne side udfyldes af hjemmet.

Forældrenes beskrivelse af barnet derhjemme, og opfattelse af problemstillingen:

Hvad er barnet/eleven god til?

Hvad kan barnet/eleven lide at beskæftige sig med?

Hvad er barnet/eleven interesseret i?

Beskriv barnets/elevens problem.

I hvilke situationer er problemet tydeligst?

I hvilke situationer er problemet ikke så fremtrædende?

Hvornår blev du/I første gang opmærksom på problemet?

Eventuelt yderligere oplysninger.

Hvordan opfatter/oplever barnet selv problemet?

Dato: _____

Forældrenes underskrift: _____

OPLYSNINGER OM HELBRED M. V - (Kan udfyldes af forældrene eller evt. læge):

Hjemmets

læge: _____

Oplysninger om:

Graviditet og fødsel: _____

Aktuel

helbredstilstand: _____

Alvorlige eller langvarige sygdomme – med omtrentligt tidspunkt?

Kronisk sygdom?

Er der særlige forholdsregler foreskrevet, da hvilke?

Forhold der kan bevirke psykisk belastning? nej____ ja____ hvilke?

Medicinering?

Har barnet været henvist til speciallæge? Nej____ ja____ hvornår? _____

Årsag

Hospitalsophold (årsag, tidspunkt, varighed)?

SYN H / Konstant brille? ja____ nej____

V / Læsebrille? ja____ nej____

V = X

Farveblindhed? Nej____ ja____ art _____

HØRELSE

Har barnet haft mellemøreproblemer? ja____ nej____ Hvilke _____

Har barnet/har barnet haft nedsat hørelse? ja____ nej____

Evt. yderligere bemærkninger:

www.lemvig.dk -> Borgerinformation -> Børn, Unge, Skoler, Dagtilbud -> Børne- og Familiecentret -> Pædagogisk Psykologisk Rådgivning -> Indstillingsskemaer.