**Information fra indstiller**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Indstillers navn: | | | | Stilling: | | | | |
| Dagtilbud/skole: | | | | Gruppe/klasse: | | | | |
| Person der skal kontaktes ifm. indstillingen  Navn og stilling: | | | | e-mail/tlf.nr.: | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| Barnets navn:  Adresse: | | | | Cpr. nr.:  Postnr. og by: | | | | |
| Mor/plejemors navn: | | | | Tlf.nr.: | | | (evt. arb.): | |
| Adresse:  Mors cpr. nr.: | | | | Postnr.:  e-mail: | | By: | | |
| Far/plejefars navn: | | | | Tlf.nr.: | | | (evt. arb.): | |
| Adresse:  Fars cpr. nr.: | | | | Postnr.:  e-mail: | | By: | | |
| Evt. søskende | Navn: | | | Alder: | | | | |
|  | Navn: | | | Alder: | | | | |
|  | Navn: | | | Alder: | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Forældremyndighed: | | Begge forældre | | | Mor | Far | | Andre |
|  | |  | | |  |  | |  |
| Sprog i hjemmet: | | | Nationalitet: | | | | | |

Årsag til indstillingen – sæt X

Grovmotoriske vanskeligheder Sansemæssige vanskeligheder

Finmotoriske vanskeligheder Præmatur

Motorisk uro Andet

Beskriv ud fra ovenstående, hvilke udfordringer i ser. Beskriv gerne med eksempler:

Beskriv barnets styrkesider:

**Information fra forældrene**

Har barnet haft hjernerystelse? Ja Nej

Relevante sygdomme/diagnoser:

Mistanke om nedsat syn eller hørelse?

|  |
| --- |
| Er barnet anbragt i pleje? Ja Nej Hjemkommune:  Biologiske forældres navne:  Sagsbehandlers navn og mail: |
| Har der tidligere været kontakt til Pædagogisk Psykologisk Rådgivning/Træning og Rehabilitering/eller lignende? Ja Nej |
| Hvis ja, hvem? I hvilken kommune: |

Årsag til indstillingen – sæt X

Grovmotoriske vanskeligheder Sansemæssige vanskeligheder

Finmotoriske vanskeligheder Præmatur

Motorisk uro Andet

Beskriv ud fra ovenstående, hvilke udfordringer i ser. Beskriv gerne med eksempler**:**

Beskriv barnets styrkesider:

Når forløbet er afsluttet, hvad ønsker du/I så, at dit barn er blevet bedre til?

**Underskrifter:**

Dato: Dato: Dato:

Forældre/Værge Klasselærer/Pædagog Dagtilbuds- eller skoleleder

Ved underskrift gives samtykke til at:

* Ovenstående oplysninger videregives til Træning og Rehabilitering
* Træning og Rehabilitering må udveksle oplysninger med relevante

samarbejdspartnere, fx sundhedspleje, PPR og F, sygehus. Ja Nej

* Træning og Rehabilitering må tage video/billede i

undersøgelsessituationer, fx filme ganganalyse. Ja Nej

Ved fælles forældremyndighed, er der så indhentet samtykke? Ja Nej