**Melding om behov for individuelt tilrettelagt barnehagetilbod til barn med nedsett funksjonsevne, jfr. Barnehagelova § 19 g**

|  |  |
| --- | --- |
| Søknaden gjeld barnehageår: |  |
| **Barnet** |
| Personnr. 11. siffer: | Namn: |
|  |  |
| Adresse: | Postnr.: | Poststad: |
|  |  |  |
| Nasjonalitet: |  | Morsmål: |  |
| Namnet til barnet sin fastlege: |  |
| **Føresett - mor** |
| Namn: | Epost: |
|  |  |
| Adresse: | Postnr.: | Poststad: | Telefon: |
|  |  |  |  |
| **Føresett - far** |
| Namn: | Epost: |
|  |  |
| Adresse: | Postnr.: | Poststad: | Telefon: |
|  |  |  |  |
| **Barnehage** |
| Namn, barnehage: | Namn, styrar: |
|  |  |
| **Eg / me søkjer om:** |
| Ekstra bemanning (timar per veke): |  |
| Utstyr (beskriv): |  |
| Bygningsmessige endringar (beskriv): |  |
| Andre tiltak (beskriv): |  |
|  |
| **Bakgrunn for søknaden:** |
| Kvifor søkjer de om tilrettelegging av barnehagetilbodet? Beskriv behovet slik du/de ser det. Helseopplysingar osb. |
|  |
| **Tilbod barnet ev. får i dag** |
| Spesialpedagogisk hjelp: |  | årstimar |  | Fysioterapi: | Ja: ☐ | Nei: ☐ |
| Ekstra bemanning på avdeling: | Ja: ☐ | Nei: ☐ |  | Tospråkleg assistanse: | Ja: ☐ | Nei: ☐ |
| Anna? (beskriv): |  |
|  |
| **Vedlagt sakkunnig uttale frå** |
| Lege: | Dato: |  |  | Helsestasjon: | Dato: |  |
| PPT: | Dato: |  |  | Andre vedlegg / rapportar: | Dato: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Eg / me samtykkjer bekreftar at sakshandsamar i Fitjar kommune kan kontakta fastlege/helsestasjon/sjukehus for å henta inn opplysningar som er nødvendige for å handsama søknaden.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dato |  | Stad |  | Underskrift  |