**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 |