**TILMELDINGSSKJEMA TVERRFAGLIG DRØFTING**

|  |
| --- |
| Dato: Klokkeslett: Barnet/elevens initialer: Fødselsdato: Samtykke: Ja/nei Skole/bhg: Kontaktperson:Hvem deltar i møtet fra barnehagen/skolen og hjemmet? Har barnet/eleven vært drøftet tverrfaglig tidligere? Evt. når?Involverte samarbeidsparter (Spesialisthelsetjenesten, APST, andre): |
| Familiesituasjon: |  |
| Hovedbekymring: |  |
| Sosial fungering/venner: |  |
| Faglig fungering/utvikling: |  |
| Barnets oppfatning av utfordringen |  |
| Tiltak i barnehage/skole: |  |
| Tiltak i hjemmet: |  |
| Deltakers notater til møtet: |  |
| Deltakers notater fra møtet: |  |
| Avtaler inngått i møtet: |  |

**Henvendelsen sendes til leder for Barn og ungetjenesten: lena.johansen@alta.kommune.no**