

Schulstempel

Schul-Nr.

Berlin, den _____

Anmeldung und Aufnahme in die Grundschule Schulärztliche Untersuchung

Hiermit melde ich gemäß § 42 SchulG mein Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon
PLZ	Bezirk Berlin-	Anderer Wohnort d. Erziehungsberechtigten
Krankenkasse, bei der das Kind (mit)versichert ist		
Name der/des Erziehungsberechtigten		Vorname der/des Erziehungsberechtigten
Frau		
Herr		

zur Schule an.

Antrag auf Zurückstellung ja wird erwogen (bis 28. Februar)

Antrag auf vorzeitige Einschulung ja

(Datum/Erziehungsberechtigte)

UR

Bezirksamt _____ von Berlin
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Berlin, _____

Die Anmeldung erfolgte als Schulpflichtige(r) für die Schulanfangsphase.
 antragsweise für die Schulanfangsphase.

Beginn der Schulpflicht am 1. August _____

Ich bitte um schulärztliche Untersuchung des Kindes.

(Schulleiterin / Schulleiter)

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst _____
(Bezirk)

Berlin, _____

U

zurück an die o.g. Grundschule

Das Kind wurde am _____ schulärztlich untersucht.

1. Schulärztliche Empfehlung zum Schulanfang:

Stuhlgröße: nach DIN I ISO 5970 (Körpergröße beim Schulanfang)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1/orange (unter 113 cm) | <input type="checkbox"/> 2/lila (von 113 cm bis 127 cm) |
| <input type="checkbox"/> 3/gelb (von 128 cm bis 142 cm) | <input type="checkbox"/> 4/rot (von 143 bis 157 cm) |

Händigkeit: rechts links beidseitig

Sehen: zurzeit Brillenträger/in
 Sehvermögen zurzeit mit Brille nicht voll korrigierbar (Kind soll vorn sitzen)
 Farbfeldsichtigkeit: _____
 weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

- Hören:** Hörvermögen voraussichtlich auf Dauer
 rechts links eingeschränkt
 Kind trägt bereits ein Hörgerät
 weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

Sprechen/Sprache:

- Verständigung in deutscher Sprache
 gut möglich
 nur eingeschränkt möglich
 nicht möglich

- andere Herkunftssprache: _____
 spezifische schulische Sprachförderung empfohlen
 Kind befindet sich in logopädischer Behandlung
 logopädische Behandlung wurde empfohlen

Visuelle Wahrnehmung/Visuomotorik:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
 Kind befindet sich in entsprechender Behandlung
 entsprechende Behandlung wurde empfohlen

Körperlich-motorische Entwicklung:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
 Kind befindet sich in entsprechender Übungsbehandlung
 entsprechende Übungsbehandlung wurde empfohlen

Emotionale/soziale Entwicklung:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
 Kind befindet sich in entsprechender Behandlung
 entsprechende Behandlung wurde empfohlen

- Lernen:** spezifische schulische Förderung empfohlen

- Schulsport:** **Einschränkung:** _____

Berücksichtigung folgender Gesundheitsstörung(en) in der Schule erforderlich:

- Eine erneute schulärztliche Untersuchung ist im Falle einer Zurückstellung nach heutigem Stand **nicht** erforderlich.

2. Sonderpädagogischer Förderbedarf

- Die Überprüfung in den folgenden **sonderpädagogischen Förderschwerpunkten** wird empfohlen.
(Mehrfachnennungen sind in Ausnahmefällen möglich)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Sehen (Sehbehinderung, Blindheit) | <input type="checkbox"/> Sprache | <input type="checkbox"/> Lernen |
| <input type="checkbox"/> Hören (Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit) | <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung | <input type="checkbox"/> Emotional-soziale Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Autismus | |

3. Empfehlung der Zurückstellung

- Eine Zurückstellung vom Schulbesuch wird empfohlen. *

Im Auftrag

(Schulärztin/Schularzt)

Stempel

* In diesem Fall wird eine Kopie dieses Vordrucks durch den KJGD mit dieser gutachterlichen Stellungnahme direkt an die Schulaufsicht des Bezirks geschickt.