

Schulstempel
Schul-Nr. _____

Anmeldung und Aufnahme in die Grund- oder Gemeinschaftsschule Schulärztliche Untersuchung

Hiermit melde ich gemäß § 42 des Schulgesetzes mein Kind zur Schule an.

Name		Vorname/n	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Eintrag
PLZ	Bezirk Berlin-		
Wohnort der/des Erziehungsberechtigten (bei Abweichungen vom Wohnort des Kindes)			
Name der/des Erziehungsberechtigten		Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten	Telefonnummer(n)
1.			
2.			

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

Antrag auf vorzeitige Einschulung ja

Berlin, den _____
(Erziehungsberechtigte/r)

UR

Bezirksamt _____ von Berlin Berlin, _____
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

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. _____
(für die Schulleitung)

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst _____
(Bezirk)

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 **Stifthaltung:** auffällig, _____

Sehen: zurzeit Brillenträger/in
 Sehvermögen zurzeit mit Brille nicht voll korrigierbar (Kind soll vorn sitzen)
 Farbfehlsichtigkeit: _____
 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 Familiensprache: _____
- spezifische schulische Sprachförderung empfohlen
- Kind befindet sich in logopädischer Behandlung
- logopädische Diagnostik/Behandlung wurde empfohlen

Visuelle Wahrnehmung/Visuomotorik:

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

Mathematische Vorläuferfertigkeiten:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- entsprechende Diagnostik/Behandlung wurde empfohlen

Körperlich-motorische Entwicklung:

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

Emotional-soziale Entwicklung:

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

- Lernen:** spezifische schulische Förderung empfohlen

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

Weitere Hinweise an die Schule:

- Masernimmunität liegt vor¹ med. Kontraindikation gegen Masernimpfung Impfpass lag nicht vor
- Eine erneute schulärztliche Untersuchung ist im Fall einer Zurückstellung nach heutigem Stand **nicht** erforderlich.

2. Sonderpädagogischer Förderbedarf

- Die Überprüfung in den folgenden **sonderpädagogischen Förderschwerpunkten** wird empfohlen (Mehrfachnennungen sind in Ausnahmefällen möglich).
- Sehen (Sehbehinderung, Blindheit) Sprache Lernen
- Hören und Kommunikation Autismus Geistige Entwicklung
- Körperliche und motorische Entwicklung Emotionale und soziale Entwicklung

3. Empfehlung der Zurückstellung

- Der KJGD empfiehlt eine Zurückstellung vom Schulbesuch².

Im Auftrag

Berlin, den _____
(Schularztin / Schularzt)

Stempel

¹ Mindestens zwei Masernimpfungen oder serologischer Nachweis einer Immunität gegenüber Masernvirus sind dokumentiert.

² Liegt ein Antrag auf Zurückstellung vor, sendet der KJGD die gutachterliche Stellungnahme direkt an die zuständige Schulaufsicht.