

Schulstempel

Anmeldung an der Grund- oder Gemeinschaftsschule

Schulärztliche Untersuchung

Schul-Nr.

Anmeldung meines/ unseres Kindes an der Schule gemäß § 42 des Schulgesetzes

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

Kind besucht eine Kita ja neinAntrag auf Zurückstellung ja wird erwogen (bis 28. Februar)Antrag auf vorzeitige Einschulung ja
 Berlin, den _____
 (Datum) (Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

UR

 Bezirksamt _____ von Berlin
 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Berlin, _____

Die Anmeldung erfolgt für die Schulanfangsphase:

 wegen Eintritt der Schulpflicht antragsweise nach erfolgter Zurückstellung

Beginn der Schulpflicht am 1. August _____.

 Antrag auf sonderpäd. Förderung gestellt/geplant, im Förderschwerpunkt _____

Ich bitte um schulärztliche Untersuchung des Kindes.

(Schulleiter/in)
 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst _____
 (Bezirk)

U

zurück an die o. g. Grund- oder Gemeinschaftsschule

Das Kind wurde am _____ schulärztlich untersucht.

1. Schulärztliche Empfehlung zum Schulanfang:

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

 1/orange (bis 112 cm) 2/lila (von 113 cm bis 127 cm)
 3/gelb (von 128 cm bis 142 cm) 4/rot (von 143 bis 157 cm)
Händigkeit: rechts links beidseitig **Stifthalung:** auffällig, _____Sehen: trägt zurzeit eine Brille 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/weitere Familiensprache(n): _____
 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 bei 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 ² |
| <input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation | <input type="checkbox"/> Autismus | <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung |
| <input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung | <input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung ³ | |

3. Empfehlung der Zurückstellung

- Der KJGD empfiehlt eine Zurückstellung vom Schulbesuch⁴.

Im Auftrag

Berlin, _____
(Datum) (Schulärztin/ Schularzt)

Stempel

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

² Ein Antrag auf Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs „Lernen“ sollte nur in Grenzfällen zur geistigen Behinderung empfohlen werden.

³ Ein Antrag auf Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs „Emotionale und soziale Entwicklung“ sollte nur in Verbindung mit Eingliederungshilfen oder Hilfen zur Erziehung empfohlen werden.

⁴ Liegt ein Antrag auf Zurückstellung vor, sendet der KJGD die gutachterliche Stellungnahme direkt an die zuständige Schulaufsicht.