

Schulstempel <b>Paul-Schneider-Grundschule</b> Bezirk Steglitz-Zehlendorf - 06 G 21 Seydlitzstr. 30 - 34 12249 Berlin Schul-Nr. Tel.: 9395 - 1511 / Fax: - 3413
--

Berlin, den 06.10.18

## Anmeldung und Aufnahme in die Grundschule Schulärztliche Untersuchung

Hiermit melde ich gemäß § 42 SchulG mein Kind

Name	Vornamen	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon
PLZ	Bezirk <b>Berlin-</b>	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

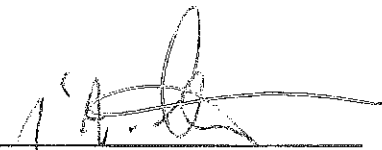
Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf von Berlin  
 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Berlin, 06.10.18

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)  
 Farbfehlsichtigkeit: \_\_\_\_\_  
 weitergehende Diagnostik wurde empfohlen