

Stempel der zuständigen Schule

Paul-Schneider-Grundschule
Bezirk Steglitz-Zehlendorf
Seydlitzstraße 30-34
12249 Berlin

Schul-Nr.: 06G21

Berlin, den _____

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
PLZ		<input type="checkbox"/> männlich	
Bezirk Berlin-		<input type="checkbox"/> weiblich	
Wohnort der/des Erziehungsberechtigten (bei Abweichungen vom Wohnort des Kindes)		<input type="checkbox"/> divers	
Name der/des Erziehungsberechtigten		Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten	Telefonnummer(n)
Frau			
Herr			

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

Antrag auf vorzeitige Einschulung ja

(Datum / Erziehungsberechtigte/r)

UR

Bezirksamt Steglitz-Zehlendorf 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.

(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 | ISO 5970 (Körpergröße beim Schulanfang)

- 1/orange (unter 113 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 **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:

- 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

- Eine Zurückstellung vom Schulbesuch wird empfohlen.*

Im Auftrag

(Schulärztin / Schularzt)

Stempel

* In diesem Fall schickt der KJGD die gutachterliche Stellungnahme direkt an die zuständige Schulaufsicht.