

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 <b>Berlin-</b>
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  jaBerlin, den \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

## UR

Bezirksamt \_\_\_\_\_ von Berlin Berlin, \_\_\_\_\_  
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

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 vor<sup>1</sup>  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 <sup>2</sup>  |
| <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 <sup>3</sup> |   |

**3. Empfehlung der Zurückstellung**

- Der KJGD empfiehlt eine Zurückstellung vom Schulbesuch<sup>4</sup>.

Im Auftrag

Berlin, \_\_\_\_\_  
(Datum) (Schulärztin/ Schularzt)

Stempel

<sup>1</sup> Mindestens zwei Masernimpfungen oder serologischer Nachweis einer Immunität gegenüber Masernvirus sind dokumentiert.

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

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

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