|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Schulstempel09G10Schul-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[ ]  männlich[ ]  weiblich[ ]  divers[ ]  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)
[ ]  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

|  |
| --- |
|   |
|  Name der Schülerin / des Schülers |

**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 vor[[1]](#footnote-1) [ ]  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

1. **Empfehlung der Zurückstellung**

[ ]  Der KJGD empfiehlt eine Zurückstellung vom Schulbesuch[[2]](#footnote-2).

Im Auftrag

Berlin, den

 (Schulärztin / Schularzt) Stempel

1. Mindestens zwei Masernimpfungen oder serologischer Nachweis einer Immunität gegenüber Masernvirus sind dokumentiert. [↑](#footnote-ref-1)
2. Liegt ein Antrag auf Zurückstellung vor, sendet der KJGD die gutachterliche Stellungnahme direkt an die zuständige Schulaufsicht. [↑](#footnote-ref-2)