

Schulstempel
Schul-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
PLZ Bezirk		☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ ohne Eintrag	
Berlin-			
Wohnort der/des Erziehungsberechtigten (bei Abweichungen vom Wohnort des Kindes)			
Name der/des Erziehungsberechtigten		Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten	
1.			Telefonnummer(n)
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

- 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 vor¹ ☐ 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

3. Empfehlung der Zurückstellung

- ☐ Der KJGD empfiehlt eine Zurückstellung vom Schulbesuch².

Im Auftrag

Berlin, den _____
(Schulärztin / Schularzt)

Stempel

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

² Liegt ein Antrag auf Zurückstellung vor, sendet der KJGD die gutachterliche Stellungnahme direkt an die zuständige Schulaufsicht.