

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

- 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<sup>1</sup>  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 Schulbesuch<sup>2</sup>.

Im Auftrag

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

Stempel

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

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