

Schulstempel

Schul-Nr. 09G14

# Anmeldung in die Grund- oder Gemeinschaftsschule Schulärztliche Untersuchung

## Anmeldung meines/unseres Kindes an der Schule gemäß § 42 des Schulgesetzes

Name	Vorname/n	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ <b>Berlin-</b> -	Bezirk
Wohnort der/des Erziehungsberechtigten (bei Abweichungen vom Wohnort des Kindes)		Geschlecht des Kindes weiblich
Name der/des Erziehungsberechtigten	Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten	Telefonnummer/n
1.		
2.		

- Kind besucht eine Kita  ja  nein  
Antrag auf Zurückstellung  ja  wird erwogen (bis 28.Februar)  
Antrag auf vorzeitige Einschulung  ja

Berlin, den \_\_\_\_\_  
(Datum) (Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

## UR

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

Die Anmeldung erfolgt für die Schulanfangsphase:

- als Schulpflichtige/r  antragsweise  nach erfolgter Zurückstellung  
 Antrag für sonderpädagog. Förderung gestellt/geplant, im Förderschwerpunkt \_\_\_\_\_

Beginn der Schulpflicht am 1. August \_\_\_\_\_.

Ich bitte um schulärztliche Untersuchung des Kindes.

(Schulleiter/in)

**Kinder- und Jugend-Gesundheitsdienst**

\_\_\_\_\_  
(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 (bis 112 cm)  2/lila (von 113 cm bis 127 cm)  
 3/gelb (von 128 cm bis 142 cm)  4/rot (von 143 cm 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/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 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).
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <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, den \_\_\_\_\_

(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.