

Schulstempel
Schul-Nr. <u>10G32</u>

# 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	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/ ohne Eintrag
Name der/des Erziehungsberechtigten		Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten	
1.			Telefonnummer/n
2.			

Kind besucht eine Kita  ja  nein

Besteht sonderpädagog. Förderbedarf  ja, im Förderschwerpunkt \_\_\_\_\_

Antrag auf Zurückstellung  ja  wird erwogen (bis 28. Februar)

Antrag auf vorzeitige Einschulung  ja

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

## UR

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

Die Anmeldung erfolgt für die Schulanfangsphase:  
 als Schulpflichtige/r  antragsweise  nach erfolgter Zurückstellung

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

Ich bitte um schulärztliche Untersuchung des Kindes.

\_\_\_\_\_  
(Schulleiter/in)

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)

<input type="checkbox"/> 1/orange (bis 112 cm)	<input type="checkbox"/> 2/lila (von 113 cm bis 127 cm)
<input type="checkbox"/> 3/gelb (von 128 cm bis 142 cm)	<input type="checkbox"/> 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 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<sup>2</sup>
- Hören und Kommunikation  Autismus  Geistige Entwicklung
- Körperliche und motorische Entwicklung  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.