

Schulstempel	
<b>Friedrich-DRAKE-Grundschule</b>	
06G33	
Drakestraße 80	
12205 Berlin	
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	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Eintrag	
<b>Berlin-</b>			
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 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               |
| <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 |   |

**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.