

Schulstempel
Schul-Nr. _____

Berlin, den _____

Anmeldung und Aufnahme in die Grundschule Schulärztliche Untersuchung

Hiermit melde ich gemäß § 42 SchulG mein Kind

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefon
PLZ	Bezirk Berlin-	Anderer Wohnort d. Erziehungsberechtigten
Krankenkasse, bei der das Kind (mit)versichert ist	Kassennummer:	
	Versichertennummer:	
Name der/des Erziehungsberechtigten	Vorname der/des Erziehungsberechtigten	
Frau		
Herr		

zur Schule an.

Antrag auf Zurückstellung ja nein wird erwogen (bis 31. März)

(Datum/Erziehungsberechtigte)

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. _____
(Schulleiter/in)

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst _____ Berlin, _____
(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

Sehen: zurzeit Brillenträger/in
 Sehvermögen zurzeit mit Brille nicht voll korrigierbar (Kind soll vorn sitzen)

Farbfehlsichtigkeit: _____

Hören: Hörvermögen voraussichtlich auf Dauer
 rechts links eingeschränkt
 Kind trägt bereits ein Hörgerät.

Sprechen/Sprache:

- Verständigung in deutscher Sprache
 - gut möglich
 - nur eingeschränkt möglich
 - nicht möglich

- andere Herkunftssprache: _____
- spezifische schulische Sprachförderung empfohlen
- Kind befindet sich in logopädischer Behandlung
- logopädische Behandlung veranlasst

Visuelle Wahrnehmung/Visuomotorik:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- Kind befindet sich in entsprechender Behandlung
- entsprechende Behandlung veranlasst

Körperlich-motorische Entwicklung:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- Kind befindet sich in entsprechender Übungsbehandlung
- entsprechende Übungsbehandlung veranlasst

Emotionale/soziale Entwicklung:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- Kind befindet sich in entsprechender Behandlung
- entsprechende Behandlung veranlasst

Lernen: spezifische schulische Förderung empfohlen

Schulsport: **Einschränkung:** _____

Berücksichtigung folgender Gesundheitsstörung(en) in der Schule erforderlich:

- Eine erneute schulärztliche Untersuchung ist im Falle einer Zurückstellung nach heutigem Stand **nicht** erforderlich.
- Kind dauerhaft in Krankenhausbehandlung

2. Sonderpädagogischer Förderbedarf

- Es wird empfohlen, einen Antrag auf **Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs** zu stellen. (Mehrfachnennungen sind in Ausnahmefällen möglich)
 - Sehen (Sehbehinderung, Blindheit) Sprache *Lernen**
 - Hören (Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit) Geistige Entwicklung *Emotional-soziale Entwicklung***
 - Körperliche und motorische Entwicklung Autistische Behinderung

3. Empfehlung der Zurückstellung

- Eine Zurückstellung vom Schulbesuch wird empfohlen. ***

Im Auftrag

(Schulärztin/Schularzt)

Stempel

* Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Lernen“ sollte nur in Grenzfällen zur geistigen Behinderung empfohlen werden.

** Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Emotionale-soziale Entwicklung“ sollte nur in Zusammenhang mit Eingliederungshilfen in Zusammenhang mit SGB empfohlen werden.

*** In diesem Fall wird eine Kopie dieses Vordrucks Schul II 109 durch den KJGD mit der gutachterlichen Stellungnahme des Schularztes/der Schulärztin direkt an die Schulaufsicht des Bezirks geschickt.