

|              |
|--------------|
| Schulstempel |
|              |
| Schul-Nr.    |

# Anmeldung an einer Grundschule 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 |
| Name der/des Erziehungsberechtigten                                              |  | Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten |  | <input type="checkbox"/> divers/ ohne Eintrag |                                   |
| 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)

☐ 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 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.