

|                 |
|-----------------|
| Schulstempel    |
|                 |
| 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 <span style="float: right;">Bezirk</span>                                    |  | <input type="checkbox"/> männlich<br><input type="checkbox"/> weiblich<br><input type="checkbox"/> divers<br><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.

\_\_\_\_\_  
(Schulleiterin / Schulleiter)

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 (unter 113 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 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.