

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 <b>Berlin-</b>	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 28. Februar)

\_\_\_\_\_  
(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: \_\_\_\_\_  
 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 Herkunftssprache: \_\_\_\_\_  
 spezifische schulische Sprachförderung empfohlen  
 Kind befindet sich in logopädischer Behandlung  
 logopädische Behandlung wurde empfohlen

**Visuelle Wahrnehmung/Visuomotorik:**

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

**Körperlich-motorische Entwicklung:**

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

**Emotionale/soziale Entwicklung:**

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

- Lernen:**  spezifische schulische Förderung empfohlen

**Schulspport:**  **Einschränkung:** \_\_\_\_\_

**Berücksichtigung folgender Gesundheitsstörung(en) in der Schule erforderlich:**

---

---

---

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

**2. Sonderpädagogischer Förderbedarf**

- Es wird empfohlen, einen Antrag auf **Feststellung sonderpädagogischen Förderbedarfs** zu stellen.  
(Mehrfachnennungen sind in Ausnahmefällen möglich)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sehen (Sehbehinderung, Blindheit)       | <input type="checkbox"/> Sprache                 | <input type="checkbox"/> <i>Lernen*</i>                         |
| <input type="checkbox"/> Hören (Schwerhörigkeit, Gehörlosigkeit) | <input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung    | <input type="checkbox"/> <i>Emotional-soziale Entwicklung**</i> |
| <input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung  | <input type="checkbox"/> 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.