

Schulstempel

**Lietzensee-Schule**  
 (Grundschule) 04 G 02  
 Witzlebenstr. 34/35, 14057 Berlin  
 Tel. 308 30 63-0, Fax -63  
 Schul-Nr. Schulhort -16

# Anmeldung in die Grund- 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- Charlottenburg - Wilmersdorf</b>	
Wohnort der/des Erziehungsberechtigten (bei Abweichungen vom Wohnort des Kindes)				Geschlecht des Kindes	
				<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers/ ohne Eintrag	
Name der/des Erziehungsberechtigten		Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten			
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 Charlottenburg - Wilmersdorf 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 Charlottenburg - Wilmersdorf  
 (Bezirk)

## U

zurück an die o. g. Grundschule

Das Kind wurde am \_\_\_\_\_ schulärztlich untersucht.

### 1. Schulärztliche Empfehlung zum Schulanfang:

**Stuhlgröße:** nach DIN | 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.