

Antrag der zuständigen Schule auf schulärztliche Beurteilung

Grundschule: _____

Name, Vorname des Kindes: _____ geb.: _____

Anschrift, Telefonnummer: _____

Schulanmeldung am: _____

Besuch einer Kindertageseinrichtung: Nein ☐ Ja ☐ von/bis: _____

Kindertageseinrichtung _____ in _____

Antrag auf vorzeitige Aufnahme in die Schule (VS): ☐

Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch (ZS): ☐

Empfehlung einer schulärztlichen Beurteilung durch:

Eltern Ja ☐ Nein ☐

Erzieherin/Erzieher Ja ☐ Nein ☐

Für die Kooperation zuständige Lehrkraft Ja ☐ Nein ☐

Begründung/Fragestellung:

Die Schulleitung hat ferner beantragt / der Schulleitung liegt vor:

Pädagogisch-psychologische Prüfung: Ja ☐ Nein ☐

Sonderpädagogische Diagnostik: Ja ☐ Nein ☐

Falls bekannt:

Teilnahme an Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung:

(23-12 Monate vor termingerechter Einschulung)

Ja ☐ Datum: _____

Nein ☐

Fanden/finden Maßnahmen zur Förderung der kindlichen Entwicklung statt:

◆	Ja	Nein	Ggf.: Welche(r)?	Seit/bis wann?
Zusätzl. intensive Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung	☐	☐		
Frühfördermaßnahmen	☐	☐		
Besuch eines Schulkindergartens	☐	☐		
Sonstige Maßnahmen	☐	☐		

Datum: _____ Unterschrift/ Stempel der Schule: _____