

**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 <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Erzieherin/Erzieher                      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Für die Kooperation zuständige Lehrkraft | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

**Begründung/Fragestellung:****Die Schulleitung hat ferner beantragt / der Schulleitung liegt vor:**

|                                     |                             |                               |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Pädagogisch-psychologische Prüfung: | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |
| Sonderpädagogische Diagnostik:      | Ja <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

**Falls bekannt:**

|   |                               |              |
|---|-------------------------------|--------------|
| <b>Teilnahme an Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung:</b> | Ja <input type="checkbox"/>   | Datum: _____ |
| (24-15 Monate vor termingerechter Einschulung)              | Nein <input type="checkbox"/> |              |

**Fanden/finden Maßnahmen zur Förderung der kindlichen Entwicklung statt:**

|  | Ja                    | Nein                  | Ggf.: Welche(r)? | Seit/bis wann? |
|--|-----------------------|-----------------------|------------------|----------------|
| Zusätzl. intensive Sprachförderung in der Kindertageseinrichtung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                  |                |
| Frühfördermaßnahmen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                  |                |
| Besuch eines Schulkindergartens                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                  |                |
| Sonstige Maßnahmen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |                  |                |

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/ Stempel der Schule: \_\_\_\_\_