

# 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:  
 \_\_\_\_\_

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                          Nein   
 Sonderpädagogische Diagnostik:                                 Ja                          Nein

**Falls bekannt:**

Teilnahme an Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung:                         Ja  Datum: \_\_\_\_\_  
   Nein

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

	Ja	Nein	Ggf.: Welche®?	Seit/bis wann?
Zusätzl. intensive Sprachförderung in der Kita	<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: \_\_\_\_\_