

# 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:

Teilnahme an Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung:      Ja     Datum: \_\_\_\_\_  
(24-15 Monate vor termingerechter Einschulung)      Nein   

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