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: 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	☐	☐		
Frühfördermaßnahmen	☐	☐		
Besuch eines Schulkindergartens	☐	☐		
Sonstige Maßnahmen	☐	☐		

Datum:_____ Unterschrift/ Stempel der Schule:_____