

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: _____
(23-12 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: _____