

Schulstempel
Schul-Nr.

Berlin, den _____

Bezirksamt _____ von Berlin
 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Antrag auf schulärztliche Untersuchungen wegen Zuzug / weiterer Anlässe

Ich bitte u. g. Schülerin/Schüler auf Schulbesuchsfähigkeit zu untersuchen und das umseitige Gutachten auszufüllen.

Name	Vorname/n	
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum	Geschlecht
PLZ	Bezirk	<input type="checkbox"/> männlich
Berlin-		<input type="checkbox"/> weiblich
Familiensprache(n): <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:		<input type="checkbox"/> divers
<input type="checkbox"/> ohne Eintrag		
vorgesehener Termin:		
Beobachtungen der Schule		

Im Auftrag

 (Schulleiterin /Schulleiter)

Ärztliches Gutachten

Schüler/in	Geburtsdatum
------------	--------------

- kann **die Schule besuchen**.
- kann **die Schule nicht besuchen**.
- kann **die Schule mit folgenden Einschränkungen besuchen**:
 - Sport: _____
 - _____
 - Unterricht: _____
 - _____
 - Weiteres: _____
 - _____

Die Freistellung wird voraussichtlich bis zum _____ für notwendig erachtet.

Schulärztliche Empfehlung:

- Sehen:**
- zurzeit Brillenträger/in
 - Sehvermögen derzeit mit / ohne Brille eingeschränkt (Kind soll vorn sitzen)
 - Farbfehlsichtigkeit: _____
 - weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

- Hören:** Hörvermögen voraussichtlich auf Dauer
- rechts links eingeschränkt
 - Kind trägt bereits ein Hörgerät
 - weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

Weitere Hinweise für die Schule:

Sonderpädagogischer Förderbedarf:

- Die Überprüfung in den folgenden **sonderpädagogischen Förderschwerpunkten** wird empfohlen (Mehrfachnennungen sind in Ausnahmefällen möglich).

<input type="checkbox"/> Sehen (Sehbehinderung, Blindheit)	<input type="checkbox"/> Sprache	<input type="checkbox"/> Lernen*
<input type="checkbox"/> Hören und Kommunikation	<input type="checkbox"/> Autismus	<input type="checkbox"/> Geistige Entwicklung
<input type="checkbox"/> Körperliche und motorische Entwicklung	<input type="checkbox"/> Emotionale und soziale Entwicklung**	

Im Auftrag

Berlin, _____ (Datum) _____ (Schulärztin / Schularzt)

Stempel

* Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Lernen“ sollte nur in Grenzfällen zur geistigen Behinderung empfohlen werden.
 ** Ein Antrag auf Feststellung eines sonderpädagogischen Förderbedarfs „Emotionale-soziale Entwicklung“ sollte nur in Zusammenhang mit Eingliederungshilfen in Zusammenhang mit SGB empfohlen werden.