

Ebereschen-GrundschuleBorkheider Straße 28
12689 Berlin☎ 9309511 📠 93497955
✉ schulleitung@ebereschen-grundschule.de

10G05

**Anmeldung und Aufnahme in die Grund- oder Gemeinschaftsschule
Schulärztliche Untersuchung**

Hiermit melde ich gemäß § 42 des Schulgesetzes mein Kind zur Schule an.

Name		Vorname/n	
Straße, Hausnummer		Geburtsdatum	Geschlecht
PLZ 12689	Bezirk Berlin Marzahn-Hellersdorf		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> ohne Eintrag
Wohnort der/des Erziehungsberechtigten (bei Abweichungen vom Wohnort des Kindes)			
Name der/des Erziehungsberechtigten		Vorname/n der/des Erziehungsberechtigten	
1.			Telefonnummer(n) !!!
2.			

Antrag auf Zurückstellung ja wird erwogen (bis 28. Februar)Antrag auf vorzeitige Einschulung jaBerlin, den _____
(Erziehungsberechtigte/r)**UR**Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Berlin, _____

Die Anmeldung erfolgte als Schulpflichtige(r) für die Schulanfangsphase.
 antragsweise für die Schulanfangsphase.Beginn der Schulpflicht am 1. August 2022

Ich bitte um schulärztliche Untersuchung des Kindes.

(Schulleiterin / Schulleiter)**AB HIER FÜLLT DER SCHULARZT AUS! AB HIER FÜLLT DER SCHULARZT AUS! AB HIER FÜLLT DER SCHULARZT AUS! AB HIER FÜLLT DER SCHULARZT AUS!**Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Marzahn-Hellersdorf
(Bezirk)**U****zurück an die o. g. Grundschule**

Das Kind wurde am _____ schulärztlich untersucht.

1. Schulärztliche Empfehlung zum Schulanfang:**Stuhlgröße:** nach DIN I ISO 5970 (Körpergröße beim Schulanfang)

-
- 1/orange (unter 113 cm)
-
- 2/lila (von 113 cm bis 127 cm)
-
-
- 3/gelb (von 128 cm bis 142 cm)
-
- 4/rot (von 143 bis 157 cm)

Händigkeit: rechts links beidseitig **Stifthaltung:** auffällig, _____
Sehen: zurzeit Brillenträger/in
 Sehvermögen zurzeit mit Brille nicht voll korrigierbar (Kind soll vorn sitzen)
 Farbfehlsichtigkeit: _____
 weitergehende Diagnostik wurde empfohlen