**Antrag auf schulärztliche Beurteilung durch das Gesundheitsamt**

**🞎 Antrag der Eltern auf Zurückstellung**

**🞎 Antrag der Eltern auf vorzeitige Einschulung**

**🞎 Zurückstellung aufgrund schulischer Einschätzung**

**🞎 Vorzeitige Einschulung aufgrund schulischer Einschätzung**

**Grundschule:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Name, Vorname des Kindes**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **geb.:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anschrift, Telefonnummer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­­­­

**Schulanmeldung am:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besuch einer Kindertageseinrichtung:** Nein 􀂅 Ja 􀂅 von/bis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kindertageseinrichtung**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wer wünscht die schulärztliche Beurteilung:**

 🞎 Eltern

 🞎 Kindertageseinrichtung

 🞎 Schule

**Begründung/Fragestellung:**

**Der Schulleitung liegt vor:**

🞎 pädagogisch-psychologisches Gutachten:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Antrag zur Klärung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

**Die Eltern haben beantragt:**

🞎 Antrag zur Klärung des Anspruchs auf ein sonderpädagogisches Bildungsangebot

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 Sprachförderungin der Kindertageseinrichtung |  |  |  |
| Frühfördermaßnahmen |  |  |  |
| Besuch einesSchulkindergartens |  |  |  |
| Sonstige Maßnahmen |  |  |  |

**Beantragung durch:**

**Datum, Unterschrift und Stempel der Schule**

 **Rückmeldung des Gesundheitsamts an die Schule:**

**Entscheidung der Schulleitung:**

**Datum, Unterschrift und Stempel der Schule**