

Anmeldung für das Schuljahr 2024/2025

Name:..... Vorname:

Geburtsdatum:.....

Geschlecht: m w d Staatsangehörigkeit.....

Geburtsort:..... Geburtsland/Staat:

Anschrift: Berlin,
(PLZ) (Straße)

Angabe -bei nichtdeutschem Geburtsland- das Jahr des Zugangs nach Deutschland:

Kommunikationssprache in der Familie (ndH):

Name, Vorname des **Erziehungsberechtigten**:

Telefon: E-Mail:.....

Adresse falls abweichend:.....

Name, Vorname des **Erziehungsberechtigten**:

Telefon: E-Mail:.....

Adresse falls abweichend:.....

verheiratet geschieden getrennt lebend Lebenspartner*in

Besitzt Ihr Kind einen „Berlinpass“? ja, gültig bis _____ nein

Name der Krankenkasse: versichert bei:.....
(Name des Erziehungsberechtigten)

Teilnahme an Lebenskunde erwünscht: Ja Nein

Name der/des Geschwisterkindes.....
an unserer Schule

Name der Kita Ihres Kindes:

Anschrift/Telefonnummer der Kita:

Berlin, den _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten: _____

Schulstempel

Schul-Nr. _____

Anmeldung in die Grund- oder Gemeinschaftsschule Schulärztliche Untersuchung

Anmeldung meines/ unseres Kindes an der Schule gemäß § 42 des Schulgesetzes

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

Kind besucht eine Kita ja nein

Besteht sonderpädagog. Förderbedarf ja, im Förderschwerpunkt _____

Antrag auf Zurückstellung ja wird erwogen (bis 28. Februar)

Antrag auf vorzeitige Einschulung ja

Berlin, den _____ (Datum) _____ (Unterschrift Erziehungsberechtigte/r)

UR

Bezirksamt _____ von Berlin Berlin, _____
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Die Anmeldung erfolgt für die Schulanfangsphase:

- als Schulpflichtige/r antragsweise nach erfolgter Zurückstellung

Beginn der Schulpflicht am 1. August _____.

Ich bitte um schulärztliche Untersuchung des Kindes.

(Schulleiter/in)

Kinder- und Jugendgesundheitsdienst _____
(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 (bis 112 cm) 2/lila (von 113 cm bis 127 cm)
 3/gelb (von 128 cm bis 142 cm) 4/rot (von 143 cm 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