**Anlage 12**

(zu Nummern 2.4.3, 2.6.1 und 2.6.2)

**Antrag der zuständigen Schule auf schulärztliche Beurteilung**

Grundschule: Grundschule

Name, Vorname des Kindes: Name, Vorname geb.: Geb.-Datum

Anschrift / Telefonnummer: Name, Vorname / Telefon

Schulanmeldunq am: Datum Schulanmeldung

Besuch einer Kindertageseinrichtung: Nein  Ja  von/bis: Datum von-bis

Kindertaqeseinrichtung: Kita Name in: Kita Ort

Antrag auf vorzeitige Aufnahme in die Schule (VS):

Antrag auf Zurückstellung vom Schulbesuch (ZS):

Empfehlung einer schulärztlichen Beurteilung durch:

Eltern Ja  Nein

Erzieherin/Erzieher Ja  Nein

Für die Kooperation zuständige Lehrkraft Ja  Nein

Begründung / Fragestellung:

Begründung / Fragestellung

Die Schulleitung hat ferner beantragt / der Schulleitung liegt vor:

Pädagogisch-psychologisches Gutachten: Ja  Nein

Pädagogisch-psychologisches Gutachten sonderpädagogischer Art: Ja  Nein

Falls bekannt:

Teilnahme an Schritt 1 der Einschulungsuntersuchung: Ja  Datum: 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 Sprach­förderung in der Kinder­tageseinrichtung |  |  | Sprachförderung / seit/bis |
| Frühfördermaßnahmen |  |  | Frühförderung / seit/bis |
| Besuch eines Schulkindergartens |  |  | Schul-Kiga / seit/bis |
| Sonstige Maßnahmen |  |  | Sonstiges / seit/bis |

Datum: Unterschrift/Stempel der Schule: