**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: