



Sonnen - Grundschule

Dammweg 228-236
12057 Berlin
Tel: 689750-90
Fax: 689750-999

Schulanmeldung für das Schuljahr 20____/20____

- Regeleinschulung
- Rückstellung wird beantragt
- vorzeitige Einschulung
- Einschulung nach Zurückstellung
- Zuzug
- Neuzugang für die Klassenstufe _____ ab _____

Schüler	
Familienname	
Vorname	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Geburtstag/Geburtsort	/
Adresse	
1. Staatsangehörigkeit	
2. Staatsangehörigkeit	
1. Familiensprache	
2. Familiensprache	
Krankenkasse	
Mitversichert bei	<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> selbst versichert
Kindergarten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name der Kita:
Hortbetreuung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein VHG <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Geschwister an der Sonnen-Grundschule	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Name und Klasse der Geschwister	
Schwimmfähigkeit	<input type="checkbox"/> Nichtschwimmer <input type="checkbox"/> Seepferdchen <input type="checkbox"/> Abzeichen
Sonderpädagogischer Förderbedarf	
Körperl. Einschränkungen (Allergien, Asthma, Brille etc.)	
Händigkeit	<input type="checkbox"/> Rechtshänder <input type="checkbox"/> Linkshänder

Erziehungsberechtigte		
beide Eltern <input type="checkbox"/>	nur Mutter <input type="checkbox"/>	nur Vater <input type="checkbox"/>

Mutter/Erziehungsberechtigter	
Familienname	
Vorname	
Geburtstag/Geburtsort	
Telefon	
E-Mail	
Adresse, falls abweichend	
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig	

Vater/Erziehungsberechtigter	
Familienname	
Vorname	
Geburtstag/Geburtsort	
Telefon	
E-Mail	
Adresse, falls abweichend	
<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig	

Sonstiges	
Notfallkontakt (Oma, Opa, Tante, Onkel)	
Sonstige Anmerkungen	

Datum / Unterschrift Mutter:

Datum / Unterschrift Vater:

Schuleingangsuntersuchung

Mein / Unser Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

wird zum Schuljahr 202 / 202 schulpflichtig.

Alle schulpflichtig werdenden Kinder müssen sich schulärztlich untersuchen lassen (§ 55a Absatz 6 des Schulgesetzes). Die Untersuchung führt das bezirklich zuständige Gesundheitsamt durch.

Ich bin / Wir sind damit **einverstanden**, dass die Schule den ausgefüllten Anmeldebogen (Schul 109) an das Gesundheitsamt schickt.

Ich bin / Wir sind **nicht** damit **einverstanden**, dass die Schule den ausgefüllten Anmeldebogen (Schul 109) an das Gesundheitsamt schickt.

Ich übernehme / Wir übernehmen stattdessen eigenverantwortlich die Anmeldung beim zuständigen Gesundheitsamt und vereinbare(n) dafür einen Termin **bis spätestens 30. Oktober 2020**. Das Gesundheitsamt erhält von mir / uns im Rahmen der Terminvereinbarung die Kopie des ausgefüllten Anmeldebogens (Schul 109), den die Schule mir / uns ausgehändigt hat.

Mir / Uns ist bekannt, dass die Schule das zuständige Schulamt über alle Kinder informiert, die von ihren Eltern selbst angemeldet werden. Das Schulamt achtet darauf, dass ein Termin zustande kommt und das Kind auch schulärztlich untersucht wird (§§ 52 Absatz 2 und § 45 des Schulgesetzes).

Erziehungsberechtigte / Erziehungsberechtigter

Name, Vorname

Name, Vorname

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift

Hinweis

Anmeldung von: _____ **geb.am** _____
Name, Vorname des Kindes Geb. Datum des Kindes

Sehr geehrte Eltern,

Sie haben Ihr Kind an der oben genannten Schule angemeldet, weil diese die, nach dem festgelegten Einschulungsbereich, zuständige Schule ist.

Leider richtet sich die Entwicklung der Schülerzahlen nicht immer nach den Aufnahmemöglichkeiten der Schulen in den jeweiligen Einschulungsbereichen. Die Anzahl der einzuschulenden Kinder ist von Jahr zu Jahr sehr unterschiedlich.

Das Schulamt als verantwortlicher Schulträger hat die Aufgabe durch organisatorische Maßnahmen Klassengrößen so zu gestalten, dass allen Schulen eine pädagogisch sinnvolle Arbeit ermöglicht wird.

Die Bandbreite liegt je nach Stadtquartier im Regelfall zwischen 20 und 28 Kinder pro Klasse.

Ich muss Ihnen daher mitteilen, dass die Anmeldung an der oben genannten Schule noch keine Aufnahmezusage bedeutet.

Ich behalte mir gem. § 55 Schulgesetz – in der jeweils gültigen Fassung – vor, Ihr Kind aus schulorganisatorischen Gründen einer anderen Schule zuzuweisen.

Sollten Sie die Aufnahme Ihres Kindes an einer anderen Schule beantragt haben, so ist auch hier eine positive Entscheidung nur nach Maßgabe freier Plätze möglich.

Über einen Wechselwunsch zu einer Schule in einem anderen Bezirk entscheidet das für diesen Bezirk zuständige Schulamt.

Die Entscheidung über die Aufnahme in den Schulen können im Regelfall erst im Mai des Einschulungsjahres abschließend getroffen werden, die Einrichtungsentscheidungen der Bezirke werden zu diesem Zeitpunkt von der Senatsverwaltung geprüft und freigegeben.

Ich bemühe mich Ihre Wünsche weitestgehend zu berücksichtigen, bitte aber um Geduld und Verständnis, wenn dies in Einzelfällen schwierig oder auch nicht möglich ist.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

Schulstempel
Schul-Nr. 08G20

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 | 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

- Hören:** Hörvermögen voraussichtlich auf Dauer
- rechts links eingeschränkt
- Kind trägt bereits ein Hörgerät
- weitergehende Diagnostik wurde empfohlen

Sprechen/Sprache:

- Verständigung in deutscher Sprache
- gut möglich nur eingeschränkt möglich nicht möglich
- andere Familiensprache: _____
- spezifische schulische Sprachförderung empfohlen
- Kind befindet sich in logopädischer Behandlung
- logopädische Diagnostik/Behandlung wurde empfohlen

Visuelle Wahrnehmung/Visuomotorik:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- Kind befindet sich in entsprechender Behandlung
- entsprechende Diagnostik/Behandlung wurde empfohlen

Mathematische Vorläuferfertigkeiten:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- entsprechende Diagnostik/Behandlung wurde empfohlen

Körperlich-motorische Entwicklung:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- Kind befindet sich in entsprechender Behandlung
- entsprechende Diagnostik/Behandlung wurde empfohlen

Emotional-soziale Entwicklung:

- spezifische schulische Förderung empfohlen
- Kind befindet sich in entsprechender Behandlung
- entsprechende Diagnostik/Behandlung wurde empfohlen

- Lernen:** spezifische schulische Förderung empfohlen

Schulsport: Einschränkung: _____

Weitere Hinweise an die Schule:

- Masernimmunität liegt vor¹ med. Kontraindikation gegen Masernimpfung Impfpass lag nicht vor
- Eine erneute schulärztliche Untersuchung ist im Fall einer Zurückstellung nach heutigem Stand **nicht** erforderlich.

2. Sonderpädagogischer Förderbedarf

- Die Überprüfung in den folgenden **sonderpädagogischen Förderschwerpunkten** wird empfohlen (Mehrfachnennungen sind in Ausnahmefällen möglich).
- Sehen (Sehbehinderung, Blindheit) Sprache Lernen²
- Hören und Kommunikation Autismus Geistige Entwicklung
- Körperliche und motorische Entwicklung Emotionale und soziale Entwicklung³

3. Empfehlung der Zurückstellung

- Der KJGD empfiehlt eine Zurückstellung vom Schulbesuch⁴.

Im Auftrag

Berlin, _____

 (Datum) (Schulärztin / Schularzt)

Stempel

¹ Mindestens zwei Masernimpfungen oder serologischer Nachweis einer Immunität gegenüber Masernvirus sind dokumentiert.

² Ein Antrag auf Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs „Lernen“ sollte nur in Grenzfällen zur geistigen Behinderung empfohlen werden.

³ Ein Antrag auf Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs „Emotionale und soziale Entwicklung“ sollte nur in Verbindung mit Eingliederungshilfen oder Hilfen zur Erziehung empfohlen werden.

⁴ Liegt ein Antrag auf Zurückstellung vor, sendet der KJGD die gutachterliche Stellungnahme direkt an die zuständige Schulaufsicht.

1. Angaben zur Person

Name des Kindes: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ Telefon: _____

Geschlecht: männlich weiblich divers Geburtsdatum: _____

in Deutschland geboren: ja nein

Seit wann lebt Ihr Kind in Deutschland (Monat/ Jahr)?

Geschwister unter 18 Jahre:

Vorname	Geburtsjahr	Vorname	Geburtsjahr
1. _____	_____	4. _____	_____
2. _____	_____	5. _____	_____
3. _____	_____	6. _____	_____

Bitte Eltern des Kindes eintragen:

Name der Mutter: _____ Vorname: _____

Name des Vaters: _____ Vorname: _____

Geburtsland der Mutter: _____ des Vaters: _____

Staatsangehörigkeit

der Mutter: deutsch ja nein andere/weitere: _____

des Vaters: deutsch ja nein andere/weitere: _____

Welche Sprachen werden in Ihrer Familie mit dem Kind gesprochen?

1. _____ 2. _____ 3. _____

Name des Kinderarztes/Hausarztes: _____

2. Erkrankungen des Kindes (auch frühere):

- | | | | | |
|-----|--|--------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| 2.1 | obstruktive Bronchitis/Asthma | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.2 | angeborene Herzfehler/Herzkrankungen | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.3 | Krampfleiden (epileptische Anfälle) | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| 2.4 | andere wichtige Erkrankungen/Allergien/Unfälle | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| | wenn ja, welche: _____ | | | |
| 2.5 | Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |
| | wenn ja, welche: _____ | | | |
| 2.6 | Krankenhausaufenthalte/Operationen | Anzahl | keine <input type="radio"/> | weiß nicht <input type="radio"/> |

3. Entwicklung des Kindes

- | | | | | |
|------|--|--------------------------|----------------------------|--|
| 3.1. | Wurde/wird Ihr Kind behandelt/betreut | | | |
| | durch eine(n) Krankengymnasten/Krankengymnastin? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | durch eine(n) Ergotherapeuten(in)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | durch eine(n) Logopäden(in)? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | durch eine(n) Psychologen(in)/Psychiater(in)/Erziehungsberatung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| 3.2. | Machen Sie sich Sorgen um Ihr Kind wegen | | | |
| | seines Verhaltens? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | seiner Sprachentwicklung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | seiner Konzentrationsfähigkeit? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| | seines Seh- oder Hörvermögens? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |
| 3.3 | Nässt Ihr Kind ein? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> | |

4. Betreuung des Kindes

- | | | | |
|-----|--|--|-----------------------------|
| 4.1 | Seit wann (Monat/Jahr) geht Ihr Kind in eine Kindertagesstätte (auch Elterninitiativ-Kita/ Großtagespflegestelle)? | Monat / Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> | nicht <input type="radio"/> |
| | wenn ja, in welche zuletzt: _____ | | |
| 4.2 | wenn Ihr Kind aktuell keine Kita besucht, seit wann nicht mehr? | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | Geht oder ging Ihr Kind in eine andere Tagesbetreuung? | ja <input type="radio"/> | nein <input type="radio"/> |

5. Lebensumfeld

- 5.1 Das Kind lebt überwiegend bei
 Eltern allein erziehender Mutter allein erziehendem Vater
 Pflegefamilie Verwandten im Heim
- 5.2 Schulabschluss der Eltern (den höchsten ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
- | | Mutter | Vater |
|--|-----------------------|-----------------------|
| kein Hauptschulabschluss | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hauptschulabschluss <u>oder</u> weniger als 10. Klasse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| mittlere Reife/mittlerer Schulabschluss (MSA)/10. Klasse | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Abitur/Fachabitur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5.3 Berufsausbildung der Eltern (die höchste ankreuzen und bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
- | | Mutter | Vater |
|--|-----------------------|-----------------------|
| keine/keine abgeschlossene Berufsausbildung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| in Ausbildung/Studium | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| abgeschlossene Berufsausbildung/Fachschulabschluss | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| abgeschlossenes Studium (Uni, Fachhochschule) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5.4 Berufstätigkeit der Eltern (bitte bei **beiden** Eltern angeben!)
- | | Mutter | Vater |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| <i>nicht erwerbstätig, weil</i> | | |
| finde keine Arbeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| alle anderen Gründe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| teilzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| vollzeitbeschäftigt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- 5.5 Wie viele Personen leben insgesamt in Ihrem Haushalt (Ihr einzuschulendes Kind mitgerechnet)?
 Erwachsene: Kinder unter 18 Jahren:
- 5.6 Wie viele Personen in Ihrem Haushalt sind Raucher/Dampfer? keiner
- 5.7 Wie viele Stunden am Tag beschäftigt sich Ihr Kind im Durchschnitt mit elektronischen Geräten?
 (elektronische Geräte sind Fernsehen, DVD, Computer, Tablet, Smartphone, Playstation und andere)
- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Dauer der Beschäftigung pro Tag | mein Kind hat | |
| gar nicht <input type="radio"/> | einen eigenen Fernseher | <input type="radio"/> |
| max. 1 Stunde <input type="radio"/> | andere eigene elektronische Geräte | <input type="radio"/> |
| max. 2 Stunden <input type="radio"/> | wenn ja, welche: _____ | |
| max. 3 Stunden <input type="radio"/> | kein eigenes Gerät | <input type="radio"/> |
| über 3 Stunden <input type="radio"/> | | |

Einverständniserklärung

Ich bin darüber belehrt worden, dass die Beantwortung des Abschnitts 5 der vorstehenden Fragen **freiwillig** erfolgt.

Die gemachten Angaben werden nach der Verordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes vom 30.06.1994 erhoben und verarbeitet.

Die erhobenen Daten werden entsprechend der ärztlichen Schweigepflicht streng vertraulich behandelt und verbleiben beim Arzt bzw. bei der Ärztin des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes.

Ich bin damit einverstanden, dass auch die Angaben des Abschnitts 5 (Lebensumfeld) **anonymisiert** (d. h. ohne Namen und Anschrift) für die Gesundheitsberichterstattung nach den Grundsätzen der statistischen Geheimhaltung und Gesundheitsplanung verarbeitet und gespeichert werden.

Datum

Unterschrift
 der/des Personensorgeberechtigten



Freiwillige Selbstauskunft zur Einschulungsuntersuchung

Mein/ unser Kind

Name: _____ Vorname: _____ geb.: ____ . ____ .20 ____

hat einen Kitaplatz ja nein

Telefonnummer Personensorgeberechtigte: _____

E-Mail-Adresse d. Personensorgeberechtigte: _____

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte
