

Schulstempel

Schul-Nr.

Berlin, den _____

Bezirksamt _____ von Berlin
Kinder- und Jugendgesundheitsdienst

Antrag auf schulärztliche Untersuchungen wegen Zuzug / weiterer Anlässe

Ich bitte u. g. Schülerin/Schüler auf Schulbesuchsfähigkeit zu untersuchen und das umseitige Gutachten auszufüllen.

Name	Vorname/n	
Straße, Hausnummer	Geburtsdatum	Geschlecht
PLZ	Bezirk	<input type="checkbox"/> männlich
Berlin-		<input type="checkbox"/> weiblich
Familiensprache(n): <input type="checkbox"/> deutsch <input type="checkbox"/> andere:		<input type="checkbox"/> divers
<input type="checkbox"/> ohne Eintrag		
vorgesehener Termin:		
Beobachtungen der Schule		

Im Auftrag

(Schulleiterin/ Schulleiter)

