

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

Im Auftrag

 (Schulleiterin/ Schulleiter)

