Antrag auf Nachteilsausgleich

Klasse	
Klassenleiter	
Ausbildungsberuf/-gang	

Schülerdaten

Name, Vorname		Geschlecht	
		☐ männlich	☐ weiblich
Geburtstag		E-Mail	
Geburtsort		Telefon	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)			

Sorgeberechtigte

Name, Vorname		
Telefonnummer		
ggf. Email-Adresse		

Schullaufbahn

Schuljahr	Schule	Klassenstufe/Schulabschluss

Sonderpädagogische Überprüfung Förderschwerpunkt	☐ ja ☐ nein (zutreffendes bitte ankreuzen) ……. Jahr …….

Lernstörung/Art der Behinderung: (fachärztliches Attest bzw. Gutachten als Anlage beifügen, nicht älter als ein Jahr)
bisherige außerschulische Betreuung/Unterstützung in Form von:
konkrete Nennung des beauftragten Nachteilsausgleich: (z.B. technische Hilfsmittel, Einräumen von mehr Bearbeitungszeit)

Ausbildungsbetrieb/Bildungseinrichtung

Anschrift (Straße, PLZ, Ort)			
Ausbilder			
E-Mail		Telefon	

Als Anlage sind beizufügen:

☐ fachärztliches Attest bzw. aussagekräftige Gutachten

……. **…….**

Datum/Unterschrift Antragsteller **Datum/Unterschrift Sorgeberechtigte**

……

Datum/Unterschrift Klassenleiter