

Antrag auf Nachteilsausgleich

Klasse	
Klassenlehrer*in	
Ausbildungsberuf/-gang	

Schülerdaten

Name, Vorname		Geschlecht		
		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtstag		E-Mail		
Geburtsort		Telefon		
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)				

Personensorgeberechtigte

Name, Vorname		
Telefonnummer		
ggf. E-Mail-Adresse		

Schullaufbahn

Schuljahr	Schule	Klassenstufe/Schulabschluss
sonderpädagogische Überprüfung:		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (zutreffendes bitte ankreuzen) Jahr
Förderschwerpunkt:	

Antrag auf Nachteilsausgleich

Lernstörung/Art der Beeinträchtigung: (fachärztliches Attest bzw. Gutachten als Anlage beifügen)
bisherige außerschulische Betreuung/Unterstützung in Form von:
konkrete Nennung des erwünschten Nachteilsausgleichs: (z.B. technische Hilfsmittel, Einräumen von mehr Bearbeitungszeit)

Ausbildungsbetrieb/Bildungseinrichtung

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

Anlagen: fachärztliches Attest/Gutachten

<input type="checkbox"/> liegt vor Datum:

.....
Datum/Unterschrift Antragsteller*in

.....
Datum/Unterschrift Sorgeberechtigte*r

Kennntnisnahme und Votum der
zuständigen Koordinatorin

Der/Die Klassenlehrer*in hat
zur Klassenkonferenz eingeladen

.....
Datum/Unterschrift Koordinatorin

.....
Datum, Unterschrift Klassenlehrer*in