



Antrag auf Nachteilsausgleich im Schuljahr _____

Hiermit beantrage/n ich/wir für _____, geb. am _____
auf Grundlage einer fachärztlichen Stellungnahme/Diagnostik vom _____
über das Vorliegen einer/s

_____ (1)
einen Nachteilsausgleich.

Ich bin darüber informiert, dass die Klassenkonferenz auf der Grundlage dieses Antrages und der fachärztlichen Stellungnahme eine Feststellung über Art, Umfang und Dauer des erforderlichen Nachteilsausgleichs trifft.

Dieser wird schriftlich dokumentiert und der Schülerakte beigelegt. Nach Ablauf der vorgesehenen Dauer des Nachteilsausgleichs wird dieser aus der Schülerakte entfernt, wenn keine Verlängerung vorliegt bzw. dieser neu beantragt wird.

Zeitliche Verlängerungen des Nachteilsausgleichs bedürfen einer erneuten Antragstellung und ggf. einer fachärztlichen Stellungnahme.

Datum, Unterschrift Sorgeberechtigte

- (1) Schülerinnen und Schüler ohne sonderpädagogischen Förderbedarf
- mit besonderen Schwierigkeiten im Lesen und Rechtschreiben
 - mit besonderen Schwierigkeiten im Rechnen
 - mit zeitweiser oder chronischen Erkrankung
 - mit Deutsch als Zweitsprache (DaZ)

Schülerinnen und Schüler mit sonderpädagogischen Förderbedarf für die Förderschwerpunkte

- Sprache, Hören, Autistisches Verhalten, Sehen, körperliche oder motorische Entwicklung, emotionale und soziale Entwicklung

Anlagen

- fachärztliche Nachweise in Form von Attests, Stellungnahmen oder Diagnostiken

Entsprechend dem vorliegendem Antrag hat die Klassenkonferenz am _____ den
Nachteilsausgleich beraten und festgelegt:

Datum, Unterschrift

Die Eltern wurden am _____ über den Nachteilsausgleich informiert

Datum, Unterschrift