Antrag auf Gewährung eines Nachteilsausgleichs

1. Angaben zur Schülerin/Schüler

Name der Schülerin / des Schülers: _____

Klasse: _____

2. Ärztliches Attest Nachweis

Bitte ankreuzen:

☐ Ein ärztliches Attest / fachärztlicher Nachweis liegt dem Antrag bei.

☐ Ein ärztliches Attest / fachärztlicher Nachweis wird nachgereicht.

☐ Es liegt kein Attest vor.

3. Begründung des Antrags

Bitte erläutern Sie nachvollziehbar, warum ein Nachteilsausgleich erforderlich ist:

_____

_____

_____

_____

_____

Ort, Datum: _____

_____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten