Antrag auf Nachteilsausgleich

Daten des Schülers/der Schülerin		
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Klasse:	Klassenlehrkraft:	Schuleintritt:

Art der Beeinträchtigung	
Ausgangssituation/Diagnose:	Auswirkungen auf das schulische Lernen:
Ärztliches Gutachten liegt dem Antrag bei ☐ Ja ☐ Nein	
Welche Maßnahmen möchten Sie als Nachteilsausgleich beantragen?	

Hatten Sie/Hatte Ihr Kind bereits einen Anspruch auf Nachteilsausgleich?	
☐ Nein	Ja, folgende Maßnahmen wurden vereinbart: (wenn möglich bitte Nachweis beilegen)

Datum

Unterschrift Schüler/in und ggf. einer erziehungsberechtigten Person

Bei Klassenlehrer'in/Inklusionslehrer'in eingereicht:

(Datum)

Unterschrift Lehrkraft'in/Inklusionslehrer'in
(Name: _____)