

Antrag auf Nachteilsausgleich



**Kaufmännische
Schule** Lörrach

Daten des Lernenden		
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 Lernende/r und ggf. einer erziehungsberechtigten Person

Bei Klassenleitung/Inklusionslehrkraft eingereicht:

(Datum)

Unterschrift Klassenleitung/Inklusionslehrkraft
(Name:)

Nachteilsausgleich

Daten des Lernenden:		
Name/Vorname	Klasse:	Klassenlehrkraft:
Teilnehmende an der Klassenkonferenz:		Datum:

Dokumentation	
Ausgangssituation (Diagnose)	
Auswirkungen auf das schulische Lernen	
Vereinbarte Maßnahmen	
1. 2.	
Wer muss informiert werden?	
1. 2.	
Nachfragen bei:	
Anlagen:	Einbezogene Experten:
z.B. ärztliches Attest	

Wiedervorlage am:

Verbleib des Dokumentationsbogens: **Schülerakte im Sekretariat (Original)**

Datum, Unterschrift Klassenleitung
()

Datum, Unterschrift Schulleitung
(Herr Thomann)