

Schule:	Mittelschule Schmidgaden
---------	--------------------------

Antrag auf Nachteilsausgleich und Notenschutz

(gemäß BayEUG Art.52 /Abs.5 und BaySchO §31-36)

Hiermit beantragen wir für unsere/ n Tochter/ Sohn

Name:	geb:	Klasse:
-------	------	---------

Nachteilsausgleich

Notenschutz

in Hinblick auf eine diagnostizierte:

<input type="checkbox"/>	Isolierte Lesestörung	<input type="checkbox"/>	Isolierte Rechtschreibstörung
<input type="checkbox"/>	Kombinierte Lese- Rechtschreibstörung	<input type="checkbox"/>	Andere Beeinträchtigung:
<input type="checkbox"/>			

Name des/ der Erziehungsberechtigten	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	

Wir sind damit einverstanden, dass die Schulleitung der _____ im Rahmen der Erstellung eines Bescheids zum Nachteilsausgleich/Notenschutz für unser Kind von folgenden Personen und/oder Einrichtungen Informationen und Unterlagen einholen und sich über die Ergebnisse der diagnostischen Untersuchung unseres Kindes austauschen darf:

- _____
(Name und/oder Einrichtung)
- _____
(Name und/oder Einrichtung)
- _____
(Name und/oder Einrichtung)
- _____
(Name und/oder Einrichtung)

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten