

Antrag zu Maßnahmen des Nachteilsausgleich entsprechend RdErl. des MK vom 23.06.2017

-Leistungsbewertung und Beurteilung an berufsbildenden Schulen-

| | |
|--|--|
| Name, Vorname | |
| geb.am | |
| Klasse | |
| Klassenleiter/-in | |
| eventuelle Bemerkungen des/der Antragstellers/-in, z.B. welche Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs bisher gewährt wurden | |
| Diagnostizierende Einrichtung | |
| Datum der Diagnose | |
| Hinweis | Antrag bitte über den Klassenleiter/-in zur Bearbeitung weiterleiten |
| Telefonnummer (für Rückfragen) bei volljährigem/-r Antragsteller/-in | |
| Telefonnummer (für Rückfragen) Personensorgeberechtigte/-r | |

Datum, Unterschrift Antragsteller/-in

Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/-r