

Antrag eines Nachteilsausgleichs und/oder Notenschutz bei einer Lese-Rechtsschreibstörung

Name Schüler/Schülerin	Vorname	(Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	7	Telefon	
Ausbildungsberuf: □Vollzeitschule Klasse Schultage: □Mo □Die □Mi □Do □Fr		Klassenleitung		
Hiermit beantrage ich für m	ich / mein	e Tochter / meinen Sohn	aufgrund	einer
☐ Lese-Rechtsschreib-Störung		☐ Nachteilsausgleich und	/oder	□ Notenschutz
□ isolierten Rechtschreibstörung		□ Nachteilsausgleich und	/oder	□ Notenschutz
□ isolierten Lesestörung		□ Nachteilsausgleich		
☐ Eine schulpsychologische Stellungnahme vorhanden).		e vom	_ (Datum) liegt bei (falls	
Die Lese-/Rechtschreibstörung □ Ja (Bitte ärztliche Unterlagen		~	: □ nein	
Ich wurde / Wir wurden auf Fo 1) Einer ggf. nötigen schulpsych Schulpsychologin bzw. Beratun	nologischen	Diagnostik (Testung) sowie		
2) Sofern nur Maßnahmen zur Prüfungsanforderungen erfolge Nachteilsausgleichs erfolgt keir	en, handelt (es sich um Nachteilsausgle		-
3) Wird im Rahmen der Leistun wesentlicher Prüfungsanforder Bei Lese-Rechtschreib-Störung Maßnahmen nach § 34 BaySch • Verzicht auf die Bewertung d Hinweis: Im Rahmen eines Not z. B. "Die Rechtschreibleistung	rungen verzi und isoliert O möglich: er Rechtsch enschutzes	chtet, handelt es sich um N er Rechtschreib-Störung sir reibleistung erscheint im Zeugnis ein Ve	lotenschutz nd nur folge	2.
4) Ist ein Nachteilsausgleich in Rahmen einer dualen Ausbildu		_		
5) Der Antrag auf Nachteilsausg zurückgenommen werden				_
Ort, Datum	Unterschrift Erz (bei Minderjähr		Unterschrift Sch	üler, Schülerin