

## Antrag auf Nachteilsausgleich entsprechend des RdErl. des MB Leistungsbewertung und Beurteilung an berufsbildenden Schulen vom 11.6.2019 i. d. g. F.

Klasse	
Klassenlehrer/-in	
Ausbildungsberuf/-gang	

### Schülerdaten

Name, Vorname	
geb. am	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

### Sorgeberechtigte/r

Name, Vorname		
Telefonnummer		
E-Mail-Adresse		

### Angaben zum Antrag auf Nachteilsausgleich

Diagnostizierende Einrichtung	
Datum der Diagnose	
Diagnostizierte Lernstörung/ Art der Beeinträchtigung	
bisherige Unterstützung in Form von:	

konkrete Nennung des erwünschten Nachteilsausgleiches: (z. B. technische Hilfsmittel, Einräumen von mehr Bearbeitungszeit)	
---	--

**Hinweise:**

1. Der Antrag ist beim Klassenlehrer/bei der Klassenlehrerin abzugeben.
2. Dem Antrag ist das schulpsychologische Gutachten oder ein fachärztliches Attest beizufügen.

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift  
des Antragstellers/der Antragstellerin

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Sorgerechtigte

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Sorgeberechtigter

\_\_\_\_\_  
der/die Klassenlehrer/-in hat den Antrag zur Kenntnis genommen:

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift Klassenlehrer/-in