

Nachteilsausgleich – Formblatt 1/2

Absender (bitte ergänzen)

Antoniuskolleg Neunkirchen
Schulleitung
Pfarrer-Schaaf-Straße 1
53819 Neunkirchen-Seelscheid

Antrag auf Nachteilsausgleich nach § 2 Abs. 9 des Schulgesetzes NRW

Schüler/in: Vorname Zuname, Klasse

Sehr geehrte Schulleitung,

hiermit beantrage(n) ich/wir für meine(n)/unsere(n) Tochter/Sohn

_____, geb. am _____,

die Bewilligung des Nachteilsausgleichs aufgrund des folgenden medizinischen Befundes:

_____.

Wir sind bereits in Kontakt mit Herrn/Frau _____
aus der Lehrerschaft.

Ich/Wir bitte(n) darum, dass meine(r/m)/unsere(r/m) Tochter/Sohn folgender Nachteilsausgleich gewährt wird:

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Nachteilsausgleich – Formblatt 2/2

Antoniuskolleg Neunkirchen
Schulleitung
Pfarrer-Schaaf-Straße 1
53819 Neunkirchen-Seelscheid

(Erst-)Gewährung eines Nachteilsausgleichs *(beantragt nach § 2 Abs. 9 des Schulgesetzes NRW)*

Antrag vom _____

Antragstellende _____

Schüler/in: _____

Klasse: _____

Befund liegt vor: ja nein

Nachteil: LRS motorische Beeinträchtigung
Sonstiges _____

NTA: _____

Festsetzung:

- 1. Die Klassen- bzw. Stufenkonferenz sichert die Umsetzung des gewährten Nachteilsausgleichs in allen relevanten Unterrichtsfächern bzw. Lernbereichen.**
- 2. Der Nachteilsausgleich wird / wird nicht auf Zeugnissen oder etwaigen Leistungsnachweisen vermerkt.**
- 3. Der Nachteilsausgleich wird jährlich (ggf. halbjährlich) neu festgelegt.**

Ort, Datum und Unterschrift der Schulleitung