



Antrag auf Nachteilsausgleich

Wir beantragen hiermit die Gewährung eines Nachteilsausgleichs nach § 2 SchulG, § 52 SchulG, § 6 APO-S I für

das Schuljahr: die Abschlussprüfung

Familienname, Vorname, Geburtsdatum der Schülerin/des Schülers

Klasse: Klassenlehrer*in:

Art der Einschränkung (fachärztliches Attest bzw. Gutachten mit Umsetzungsempfehlung ist diesem Antrag als Anlage beizufügen – nicht älter als ein Jahr)

LRS (Störung)

LRS (Schwäche, Klasse 5-7)

Sehbehinderung

Hörschädigung

Autismus

Sonstiges

Konkrete Nennung des beantragten Nachteilsausgleichs (z.B. technische Hilfsmittel, Zeitverlängerung)

Deutsch Englisch Mathe Sonstiges:

Zülpich, den

Unterschrift



**GHS
ZÜLPICH**
Städt. Gemeinschaftshauptschule

Keltenweg 10 - 53909 Zülpich
Tel: 02252 529800 - Fax 02252 529833
E-Mail: buero@ghs-zuelpich.de
Homepage: hauptschule-zuelpich.de

Gemeinsam lernen, wachsen, Zukunft gestalten

Bescheid

Vorstehender Antrag auf einen Nachteilsausgleich wurde besprochen und wird hiermit für

das Schuljahr: die Abschlussprüfung
genehmigt.

Zülpich, den _____

Unterschrift der Klassenleitung

Zülpich, den _____

Unterschrift der Schulleitung

**Sollte im darauffolgenden Schuljahr auch ein Nachteilsausgleich notwendig sein,
muss ein neuer Antrag gestellt werden.**