



Antrag auf Nachteilsausgleich

(nach §2 Abs. 9 des Schulgesetzes NRW)

Name Schüler(in) _____

Klasse _____

Betroffene Fächer _____

Schuljahr _____

Sehr geehrte Schulleitung,

hiermit beantrage(n) ich/wir für meine(n)/unsere(n) Sohn/Tochter die Bewilligung eines Nachteilsausgleichs für das laufende Schuljahr in den oben genannten Fächern.

Mein Sohn/meine Tochter ist benachteiligt aufgrund einer

- ☐ Behinderung
- ☐ vorübergehenden Beeinträchtigung
- ☐ chronischen Krankheit
- ☐ Lese-Rechtschreib-Schwäche

Damit er/sie die schulischen Anforderungen erfolgreich erfüllen kann, benötigt er/sie Unterstützung, um den festgestellten Nachteil auszugleichen. Die fachlichen Leistungsanforderungen bei Abschlüssen und Berechtigungen bleiben unberührt.

Art der Behinderung / vorübergehenden Beeinträchtigung / chronischen Krankheit / LRS:

Die Benachteiligung wurde festgestellt/attestiert durch/am:
(bitte Attest/Bescheid hinzufügen)

Mit freundlichem Gruß

(Ort, Datum)

(Unterschrift der Erziehungsberechtigten)



NUR VON SCHULLEITUNG AUSZUFÜLLEN!

Gewährung eines Nachteilsausgleichs

(nach §2 Abs. 9 des Schulgesetzes NRW)

Name Schüler(in)	_____
Geburtsdatum	_____
Klasse	_____
Betroffene Fächer	_____
Schuljahr	_____

Folgender Nachteilsausgleich wurde gewährt:

- ☐ Veränderung des zeitlichen Rahmens (Bearbeitungszeit +30%)
- ☐ Veränderung des räumlichen Rahmens (ablenkungsfreier Raum)
- ☐ Verwendung technischer und didaktischer Hilfsmittel
- ☐ Gewichtung der Rechtschreibung
- ☐ andere Aufgaben
- ☐ _____
- ☐ _____

Gummersbach, _____

(Unterschrift Schulleitung)