

Absender:

Oberschule Bestensee
Luckenwalder Str. 64
15711 Königs Wusterhausen

Datum: _____

Antrag auf einen Nachteilsausgleich

Sehr geehrte(r) Frau/ Herr _____,
Klassenleitung

hiermit beantrage ich/ beantragen wir

- Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (gemäß LRSRV 2017)
- Dyskalkulie (gemäß LRSRV 2017)
- chronischer Erkrankung (gemäß VVkraSchül 2015)
- Deutsch als Zweitsprache (gemäß EinglSchuruV 2017/20)

für das Schuljahr¹ _____ einen Nachteilsausgleich für mein/ unser Kind
_____, Klasse _____.

Eine Diagnose / ärztliche Stellungnahme / den schulpsychologischen Bericht² vom
_____ habe ich/ haben wir beigelegt.

Mit freundlichem Gruß

Unterschrift aller sorgeberechtigten Personen

¹ Der Antrag ist jedes Schuljahr neu zu stellen.

² Das Dokument muss aktuell sein. Für LRS in Klasse 7 reicht der schulpsychologische Bericht aus Klasse 5.
Bei chronischen Erkrankungen reicht eine Kopie der Diagnose.