

Schulstempel

Datum

An den Ministerialbeauftragten
für (z.B.) die Gymnasien in (Bundesland)
Str. / Nr.

PLZ Ort

Antrag auf Nachteilsausgleich bei Prüfungen für behinderte Schülerinnen/Schüler

Name der Schülerin/ des Schülers:
Anschrift:

Geb.-Datum:

Folgende Unterlagen sind beigefügt:

- Begründeter Antrag der Erziehungsberechtigten bzw. der volljährigen Schülerin/ des volljährigen Schülers
- Schulärztliches bzw. schulärztlich bestätigtes ärztliches Attest mit Angaben zu Art und Grad der Behinderung sowie Äußerung des Schularztes zum Nachteilsausgleich
- Begründete Stellungnahme der Schule mit Vorschlägen zu Art und Umfang des Nachteilsausgleichs unter Einbeziehung der Beobachtungen der Fachlehrer

Unterschrift der Schulleiterin/des Schulleiters