

Adresse Absender

Datum: _____

An
Pestalozzi-Oberschule Wilkau-Haßlau
Schulstraße 27b
08112 Wilkau-Haßlau

Antrag für Nachteilsausgleich

nach § 35 Sächsisches Schulgesetz und § 21 Schulordnung

Ich beantrage für meine Tochter/ meinen Sohn _____, Klasse _____

einen Nachteilsausgleich für das Schuljahr 20____/ 20_____ .

Folgende Teilleistungsschwäche liegt vor (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- LRS
- Sonstiges: (Bitte genauere Angaben machen!)

- Die Unterlagen (ärztliche Gutachten) zur Diagnose liegen der Schule bereits vor.
- Die Unterlagen (ärztliche Gutachten) über eine entsprechende Teilleistungsschwäche liegen diesem Antrag erstmalig bei.

Datum und Unterschrift der Erziehungsberechtigten

Entscheidung der Klassenkonferenz

Dem Antrag auf Nachteilsausgleich wird

- stattgegeben
- nicht stattgegeben

Festgelegte Unterstützungsmaßnahmen:

Begründung:

Datum und Unterschrift Klassenleiter

Datum und Unterschrift Schulleiter