

Antrag auf Nachteilsausgleich / Notenschutz aufgrund einer dauernden Beeinträchtigung

Bei mir / meinem Kind liegt eine ärztlich attestierte dauernde Beeinträchtigung vor, die einen Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz erforderlich macht.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Klasse: _____

Art der Beeinträchtigung:

Es wird deshalb ☐ **Nachteilsausgleich** und/oder ☐ **Notenschutz** beantragt.

Hinweis:

Bei Nachteilsausgleich (meist Zeitverlängerung) erfolgt keine Zeugnisbemerkung. Bei Notenschutz (Wegfall bestimmter Prüfungsteile) muss eine Zeugnisbemerkung aufgenommen werden.

Art und Umfang des beantragten Nachteilsausgleichs / Notenschutzes:

Vorlage bei der FOSBOS Bayreuth (bitte ankreuzen):

☐ **Fachärztliches Attest** oder ☐ **Schwerbehindertenausweis** einschl. der zugrunde liegenden Bescheide oder ☐ **MSD-Gutachten**

Ort, Datum

Unterschrift des Schülers / der Schülerin

Ggf. Erziehungsberechtigte/-r

