

## Ersterfassung: Nachteilsausgleich/Notenschutz

Name, Vorname: _____	<input type="checkbox"/> FOS	<input type="checkbox"/> BOS
Anschrift: _____	Telefon: _____	
_____	Geburtsdatum: _____	

Sie können an unserer Schule bei **dauerhafter** gesundheitlicher Beeinträchtigung oder Lese-/Rechtschreibstörung einen Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz beantragen. Die Beantwortung nachfolgender Fragen ist freiwillig und zu Ihrem Vorteil.

### A) Nachteilsausgleich/Notenschutz aufgrund dauernder Beeinträchtigung

1. Sind Sie durch ein körperliches / psychisches Leiden oder durch Medikamenteneinnahme in Ihrer schulischen Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt?
 

Ja
 Nein

 Art der Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_
2. War der MSD (Mobiler Sonderpädagogischer Dienst) in den bisher besuchten Schulen für Sie tätig?
 

Falls Ja: Name, Kontaktdaten: \_\_\_\_\_
3. Wünschen Sie eine Beratung durch die Beratungslehrkraft, den MSD oder den Schulpsychologen über mögliche schulische Maßnahmen (z.B. Zeitzuschlag, technische Hilfsmittel...)?
 

Beratungslehrkraft
 MSD
 Schulpsychologe
 Nein / keine Beratung
4. Wird Antrag auf Nachteilsausgleich/Notenschutz gestellt?
 

Ja > Antragsformular **F01** ausfüllen
 Nein

### B) Nachteilsausgleich/Notenschutz aufgrund einer Lese-/ Rechtschreibstörung

Wünschen Sie eine Beratung durch die Beratungslehrkraft oder den Schulpsychologen über mögliche schulische Maßnahmen (z.B. Zeitzuschlag, technische Hilfsmittel...)?

- Ja > Antragsformular **F02** ausfüllen       Nein

Falls Sie in einem Punkt "Ja" angekreuzt haben, nehmen Sie bitte zusätzlich Kontakt zu unserem Beratungslehrer **StD Volker Trux** (E-Mail: [beratung@schule.fosbos-bayreuth.de](mailto:beratung@schule.fosbos-bayreuth.de)) auf.

 \_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

 \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Schüler/-in

 \_\_\_\_\_  
 Ggf. Erziehungsberechtigte/-r

