

| | |
|-----------------------|-----------|
| Name Vorname | Ort Datum |
| Straße Hausnummer | |
| Postleitzahl Ort | |
| Telefonnummer - Mobil | E-Mail |

Staatliche Berufsschule Ostallgäu
 Schulleitung Frau OStDin Ulrike Devries
 Peter-Dörfner-Str. 20
 87616 Marktoberdorf

**Antrag auf Gewährung von Nachteilsausgleich bzw. Notenschutz
 wegen einer Lese-Rechtschreib-Störung gemäß Art. 52 (5) BayEUG und
 § 33, § 34, § 36 BaySchO**

für: **geboren am:**

Sehr geehrte Frau OStD Devries,

Herr/Frau besucht derzeit/ab* dem kommenden Schuljahr

die Klasse

Ich beantrage - gemäß Art. 52 (5) BayEUG und § 33, § 34, § 36 BaySchO –
 für mich / meine Tochter / meinen Sohn aufgrund einer

➔ bitte ankreuzen:

- | | | | |
|---|---|----------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lese-Rechtschreib-Störung | <input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich | und/oder | <input type="checkbox"/> Notenschutz |
| <input type="checkbox"/> isolierten Rechtschreibstörung | <input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich | und/oder | <input type="checkbox"/> Notenschutz |
| <input type="checkbox"/> isolierten Lesestörung | <input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich | | |

Ohne schulpsychologische Stellungnahme kann der Antrag nicht bearbeitet werden (§ 36 Abs. 2 BaySchO).

Mir/Uns ist bewusst, dass Maßnahmen des Notenschutzes (auch bei nur zeitweiser Inanspruchnahme) im Zeugnis aufgeführt werden. Für aus Vorklassen übernommene Zeugnisnoten, für die Notenschutz gewährt wurde, wird dieser auch im Abschluss- bzw. Entlasszeugnis vermerkt.

Bitte entsprechend ankreuzen und in Kopie mit diesem Antrag vorlegen:

- Die schulpsychologische Stellungnahme vom liegt bei.
Datum
- Mit der Übermittlung der schulpsychologischen Stellungnahme an die Schule bin ich einverstanden.
- Fachärztliches Gutachten
- Kopie des letzten Zeugnisses

Mit freundlichen Grüßen

.....
 Unterschrift volljährige/r Schüler/in* bzw. Erziehungsberechtigte/r*

* nicht Zutreffendes bitte streichen

Verteiler:
 Fr. Wörz