

Ort, Datum

Josef-Martin-Bauer-Str. 14 84405 Dorfen Tel: 08081/4005 Fax: 08081/4033

E-Mail: kontakt@mittelschule-dorfen.de Internet: mittelschule-dorfen.de

Antrag auf Nachteilsausgleich bzw. Notenschutz bei einer Lese-Rechtschreib-Störung

(gemäß § 36 BaySchO vom 1. Juli 2016)

Aufgrund des Bescheides der Schulpsychologin beantrage/n ich/wir hiermit für mein/unser Kind:

Schüler Name, Vorname		
geb. am:		in:
Anschrift:		
Klasse:		
□ Nachteilsa	ausgleich nach § 33 E	BaySchO (ohne Zeugnisvermerk)
und/oder		
□ Notenschutz nach § 34 BaySchO (mit Zeugnisvermerk)		
Erziehungsberechtigte:		
Art ○ Vater ○ Mutter ○		Art: ○ Vater ○ Mutter ○
Name, Vorname:		Name, Vorname:
Chro() o House une more or		Ctro C o I I love a versa o re
Straße, Hausnummer:		Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:		Postleitzahl, Ort:
Sorgeberechtigt: O beide O Vater O Mutter		

Unterschrift Erziehungsberechtigte