

An die
Grundschule Inzell
Schulstr. 3
83334 Inzell

Antrag auf Nachteilsausgleich/Notenschutz

Name, Vorname der Erziehungsberechtigten (Antragsteller)	Name und Vorname des Kindes	
Anschrift und Telefon	Geburtsdatum	Klasse

Hiermit beantrage ich für mein Kind

- Nachteilsausgleich
- Notenschutz (wird im Zeugnis vermerkt)

im Rahmen einer Lese-Rechtschreib-Störung.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich bin darüber informiert, dass hierfür eine schulpsychologische Stellungnahme erforderlich ist.
- Ich habe bereits Kontakt mit der Schulpsychologin / Beratungslehrerin _____ aufgenommen.
- Es liegt ein fachärztliches Gutachten von _____ vor.

Ort, Datum

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)