

**Antrag auf Berücksichtigung einer Lese-Rechtschreib-  
Störung/Beeinträchtigung**

**Persönliche Daten der Schülerin/des Schülers**

---

Name	Vorname	Geburtsdatum	Ausbildungsrichtung
------	---------	--------------	---------------------

---

E-Mail Erziehungsberechtigte/Volljährige/r Schülerin/Schüler	Telefon
--------------------------------------------------------------	---------

**Ich beantrage für mich/meine Tochter/meinen Sohn aufgrund einer**

- |                                                         |                                             |          |                                      |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------|--------------------------------------|
| <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 |          |                                      |
| <input type="checkbox"/> dauerhafte Beeinträchtigung    | <input type="checkbox"/> Nachteilsausgleich | und/oder | <input type="checkbox"/> Notenschutz |

Wir bitten Sie, jeweils zu den oben gekennzeichneten Beeinträchtigungen, das aktuellste fachärztliche Gutachten bis spätestens 23.05.2023 als Kopie im Sekretariat abzugeben oder per Post z.Hd. von Frau Berkmann (Schulpsychologin) zu senden. Frau Berkmann nimmt im Anschluss per Mail Kontakt zu Ihnen auf und informiert Sie über das weitere Vorgehen. Für die Kontaktaufnahme bitte Telefonnummer und E-Mail-Adresse angeben:

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Schüler/Schülerin

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r  
(bei Minderjährigen)