



Kastanienallee 18 • 82041 Oberhaching Tel.: 089 6133423 • Fax: 089 6131920

Antrag der Erziehungsberechtigten auf Nachteilsausgleich / Notenschutz nach Art. 52 Abs.4 und 5 BayEUG vom 30.06.2016 und §31 ff. BaySchO vom 01.08.2016

Name der Erziehungsberechtigten _____

wohnhaft in: Straße, Ort _____

Telefonnummer für Rückfragen _____

Hiermit beantrage ich/beantragen wir als Erziehungsberechtigte aufgrund einer diagnostizierten

- Lese-Rechtschreib-Störung
- Rechtschreibstörung
- Lesestörung

für unsere Tochter/unseren Sohn

Name des Kindes _____ geboren am _____

Klasse _____ Klassenleitung _____

- einen Nachteilsausgleich (BaySchO §33)
- einen Notenschutz (BaySchO §34).

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Es liegt ein fachärztliches Gutachten vor.
- Es liegt eine schulpsychologische Stellungnahme vor.

Ort, Datum _____

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten _____