Antrag auf die Gewährung eines Nachteilsausgleichs

Hiermit beantragen wir für _____ , Klasse_____

für das Schuljahr _____ die Gewährung eines Nachteilsausgleichs.

Benötigt wird:

- ☐ eine Veränderung des räumlichen und zeitlichen Rahmens
- ☐ die Gewährung der Verwendung technischer Hilfsmittel
- ☐ die Gewährung von mündlichen statt schriftlichen Leistungsnachweisen
- ☐ die Gewährung von schriftlichen statt mündlichen Leistungsnachweisen
- ☐ eine individuelle Leistungsfeststellung in der Einzelsituation
- ☐ sonstigen Nachteilsausgleich, nämlich:

_____
_____
_____

Ein ärztlicher Befund vom _____ ist dem Antrag beigefügt.

Uns ist bekannt, dass die Entscheidung über die Form des Nachteilsausgleichs die Klassenkonferenz trifft und dass die Gewährung nur für das aktuelle Schuljahr gültig ist.

_____
Ort, Datum

_____
Name und Unterschrift der Sorgeberechtigten

_____
Name und Unterschrift der Sorgeberechtigten

Freie Waldorfschule Cottbus
Leipziger Straße 14
03048 Cottbus
Telefon: 0355 / 47 32 42
Telefax: 0355 / 48 38 025
www.waldorf-cottbus.de
info@waldorf-cottbus.de
Sparkasse Spree-Neiße
IBAN DE36 1805 0000 3302 1024 95
BIC WELADED1CBN