

---

**Antrag zu Maßnahmen des Nachteilsausgleichs entsprechend  
RdErl. des MK vom 23.06.2017**  
-Leistungsbewertung und Beurteilung an berufsbildenden Schulen-

Name, Vorname	
geb.am	
Klasse	
Klassenleiter/-in	
eventuelle Bemerkungen des/der Antragstellers/-in, z.B. welche Möglichkeiten des Nachteilsausgleichs bisher gewährt wurden	
Diagnostizierende Einrichtung	
Datum der Diagnose	
Hinweis	Antrag bitte über den Klassenleiter/-in zur Bearbeitung weiterleiten
Telefonnummer (für Rückfragen) bei volljährigem/-r Antragsteller/-in	
Telefonnummer (für Rückfragen) Personensorgeberechtigte/-r	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Antragsteller/-in

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Personensorgeberechtigte/-r