

**Antrag auf Nachteilsausgleich –
aufgrund akuter oder chronischer Erkrankung
für die Prüfungen in Klasse 10**

Hiermit beantrage ich für

mein Kind _____

geb. am _____ für die Prüfungen im Schuljahr _____

einen Nachteilsausgleich aufgrund von ... (Diagnose bitte unten eintragen).

Anschrift	
Telefon	
E-Mail	
Klasse	
Diagnose	

Der Nachteilsausgleich kann – analog zu dem im laufenden Schuljahr gewährten – vom Prüfungsausschuss beschlossen werden.

Sollten Sie die Prüfungen betreffend Fragen oder Gesprächsbedarf zum Nachteilsausgleich haben, wenden Sie sich bitte an unsere Sonderpädagogin Frau Palloks per Mail an pal@voltaireschule.de und vereinbaren einen Gesprächstermin.

Ort und Datum

Unterschrift