Voltaire SCHULE
Gesamtschulcampus
mit gymnasialem Bildungsgang

**Antrag auf Nachteilsausgleich –**

**gemäß Rundschreiben 11/19 für**
**zeitweise oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler**

Hiermit beantrage ich für

mein Kind _____

geb. am _____ für das Schuljahr_____ einen Nachteilsausgleich.

| | |
|---|---|
| Anschrift | |
| Telefon | |
| E-Mail | |
| Klasse | |
| Diagnose | |

Es gibt die Möglichkeit eines Nachteilsausgleichs (ohne Zeugnisvermerk) in Form von (bitte ankreuzen):

- ☐ die Veränderung des räumlichen und zeitlichen Rahmens,
- ☐ die Verwendung technischer Hilfsmittel,
- ☐ mündliche statt schriftliche Leistungsnachweise,
- ☐ schriftliche statt mündliche Leistungsnachweise oder
- ☐ eine individuelle Leistungsfeststellung in der Einzelsituation.

Für Terminabsprachen zu einem persönlichen Gespräch, um Einzelheiten zu klären und individuelle Unterstützungen abzusprechen, wenden Sie sich bitte via E-Mail an unsere Sonderpädagoginnen: sopaed@voltaireschule.de.

Bitte legen Sie dem Antrag ein aktuelles Gutachten eines Facharztes (nicht älter als ein halbes Jahr) bei, aus welchem die Bezeichnung der Krankheit und die Art der Leistungseinschränkung sowie deren voraussichtliche Dauer hervorgehen.

_____ _____
Ort und Datum Unterschrift