



Gesamtschule Am Schilfhof

**Antrag auf Nachteilsausgleich**  
**für zeitweise oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler**

(gemäß Rundschreiben 11/19 vom 26.07.2019 Gz.: 32.15-53212)

Auf Grundlage der fachärztlichen Stellungnahme vom \_\_\_\_\_

über das Vorliegen eines/r \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

beantrage ich einen Nachteilsausgleich

für meine Tochter/meinen Sohn \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_.

Ich bin darüber informiert worden, dass die Klassenkonferenz auf der Grundlage dieses Antrages und der fachärztlichen Stellungnahme eine Feststellung über Art, Umfang und Dauer des erforderlichen Nachteilsausgleichs trifft.

Der Nachteilsausgleich wird schriftlich dokumentiert und der Schülerakte beigelegt. Nach Ablauf der vorgesehenen Dauer des Nachteilsausgleichs wird dieser aus der Schülerakte entfernt, wenn keine Verlängerung vorliegt. Zeitliche Verlängerungen bedürfen einer erneuten fachärztlichen Stellungnahme.

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift