

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

(gemäß „Gleiche Chancen für alle – Nachteilsausgleich für Schülerinnen und Schüler in Brandenburg“ (LISUM, 2022))

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 Jahrgangskonferenz 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 beigefügt. 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

