**Antrag**

**auf Gewährung von Nachteilsausgleich bzw. Notenschutz**

**auf Grund von Lese-Rechtschreib-Störung**

gemäß Bay EUG Art. 52 Abs. 5 und BaySchO §§31-36

Hiermit wird für

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nachname | Vorname | Geburtsdatum |
|  |  |  |
| Straße | PLZ, Ort |
|  |  |
| Telefonnummer | Email-Adresse |
|  |  |
| Klasse | Klassenleitung |
|  |  |

beantragt, dass das

Gymnasium Alexandrinum Coburg

Seidmannsdorfer Str. 12

96450 Coburg

☐ Nachteilsausgleich

☐ Nachteilsausgleich und Notenschutz

auf Grund einer Lese-Rechtschreib-Störung gewährt.

Dem/der Antragsteller/in ist bekannt, dass im Falle der Gewährung von Notenschutz ein Hinweis in die Zeugnisbemerkung aufzunehmen ist, der die nicht erbrachte oder nicht bewertete fachliche Leistung benennt.

Bitte ankreuzen:

☐ Der/die Antragsteller/in reicht diesen Antrag bei der Schulleitung ein. Die erforderliche schulpsychologische Stellungnahme wird durch die Schulpsychologin erstellt, sobald diese dazu beauftragt wurde.

oder

☐ Die Schulpsychologin wird hiermit beauftragt, die erforderliche schulpsychologische Stellungnahme zu erstellen. Der/Die Antragsteller/in stimmt zu, dass diese zusammen mit dem vorliegenden Antrag der Schulleitung zugesendet wird.

|  |  |
| --- | --- |
| Ort, Datum | Unterschrift Schüler/in |
|  |  |
| Ort, Datum | Unterschrift Erziehungsberechtigte/r |
|  |  |