



ANTRAG AUF NACHTEILSAUSGLEICH

Teil A – Antrag der Eltern

- Name des Kindes: _____
- Geburtsdatum: _____
- Klasse: _____
- Klassenlehrkraft: _____
- Festgestellter Förderbedarf ☐ ja ☐ nein

falls ja: Förderschwerpunkt: _____

- Integrationshilfe ☐ ja ☐ nein

Grund des Antrags

- ☐ Lese-Rechtschreib-Schwierigkeiten (LRS)
- ☐ Rechenschwierigkeiten (Dyskalkulie)
- ☐ Aufmerksamkeits- /Konzentrationsschwierigkeiten (z. B. ADHS)
- ☐ Körperliche Beeinträchtigung (z. B. Sehen, Hören, Motorik)
- ☐ Chronische Erkrankung: _____
- ☐ Sonstige Beeinträchtigungen / Entwicklungsbesonderheiten (z. B. Autismus-Spektrum-Störung)
- ☐ Anderes: _____

Ärztliche Diagnose vorliegend ☐ ja ☐ nein

Erklärung der Eltern

Hiermit beantragen wir für unser Kind einen Nachteilsausgleich. Uns ist bewusst, dass der Nachteilsausgleich eine faire Chancengleichheit sicherstellen soll und keine Besserstellung gegenüber anderen Kindern darstellt.

Ort/Datum: _____

Unterschrift(en) Erziehungsberechtigte: _____