Antrag auf Nachteilsausgleich

Hiermit beantrage ich/ beantragen wir einen Nachteilsausgleich für mein/ unser Kind:

Name, Vorname des Kindes

Der Nachteilsausgleich wird beantragt für das Schuljahr:

Bei Erstantrag:
Ich/ wir habe/n mit dem Antrag diagnostische Unterlagen eingereicht:

- ☐ Nein
- ☐ Ja

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter 1	Unterschrift Erziehungsberechtigter 2