



Datum: _____

Antragsteller

Ganztagsschule „Adolph Diesterweg“ Roitzsch
OT Roitzsch
Teichstraße 25
06809 Sandersdorf-Brehna

Antrag auf Aufhebung des Nachteilsausgleiches¹

Name des Kindes: _____

Klasse: _____

Diagnostizierte Art der Teilleistungsstörung / Förderschwerpunkt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Lese-Rechtschreibschwäche (LRS)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Auditive, Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Dyskalkulie (Dys)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Deutsch als Zielsprache (DaZ)</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Chronische Erkrankung:</i>
_____ |
| <input type="checkbox"/> <i>Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADS)</i> | <input type="checkbox"/> <i>Zeitweilige Funktions- und Belastungseinschränkung:</i>
_____ |

Hiermit möchten wir für unser Kind die Aufhebung der Anwendung des Nachteilsausgleiches mit sofortiger Wirkung beantragen.

Begründung:

Unterschrift der Erziehungsberechtigten

¹ Stand: 22.9.2020