

Absender (bitte ergänzen)

Troisdorf, den _____

Heinrich-Böll-Gymnasium Troisdorf
Schulleitung
53844 Troisdorf

Antrag auf Nachteilsausgleich nach §2 Abs. 9 des Schulgesetzes NRW

Schüler/in: Vorname Zuname, Klasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage(n) ich/wir für meine(n)/ unsere(n) Tochter/ Sohn

_____, geb. am _____

die Bewilligung eines Nachteilsausgleiches aufgrund des folgenden medizinischen Befundes:

_____. Das Attest vom _____ liegt bei.

Bei LRS ist die Teilnahme an einer LRS-Therapie oder am Förderunterricht der Schule Voraussetzung für eine weitere Bewilligung des Nachteilsausgleiches.

- Ein Nachweis über die Teilnahme an einer LRS-Therapie im letzten Schuljahr liegt vor.
- Im letzten Schuljahr hat _____ regelmäßig am Förderunterricht teilgenommen.

Wir sind bereits in Kontakt mit Frau / Herrn _____ (Klassen- / Stufenleitung) bzw.

mit der Fachlehrkraft: _____.

Ich / Wir bitte(n) darum, dass mein(e) / unser(e) Tochter/ Sohn folgender Nachteilsausgleich gewährt wird:

_____ _____

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten