



An die Schulleitung des
Städtischen Gymnasiums Olpe
z. Hd. Frau Inden
Seminarstr. 1
57462 Olpe

Name: _____

Anschrift: _____

Antrag auf Nachteilsausgleich

Sehr geehrte Frau Inden,

hiermit beantragen wir für unsere Tochter/ unseren Sohn _____,
geb. am _____, die/ der zurzeit die Klasse _____ des Städtischen Gymnasiums Olpe besucht,
einen Nachteilsausgleich für das Schuljahr _____.

Grund:

- ☐ LRS
- ☐ Legasthenie
- ☐ Autismus-Spektrum-Störung
- ☐ Sehbehinderung
- ☐ Körperliche Behinderung
- ☐ Sonstiges: _____

Anlagen (falls diese der Schule noch nicht vorliegen):

- ✓ Ärztliches Attest mit Angaben über Art, Umfang und Dauer der Behinderung
- ✓ Fachärztliches Gutachten mit Angaben über Art, Umfang und Dauer der Behinderung
- ✓ Informationen zu außerschulischen Förderung
- ✓ Informationen zu schulischer Förderung der vorher besuchten Schule

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte

