

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

An die Schulleitung der

**Grund- und Mittelschule Zolling**

**Heilmaierstraße 12**

**85406 Zolling**

## Antrag auf Nachteilsausgleich / Notenschutz

Hiermit beantrage ich für meine Tochter / meinen Sohn

\_\_\_\_\_

Klasse \_\_\_\_\_

im Schuljahr 20\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

einen **Nachteilsausgleich** hinsichtlich einer

- Lese- und Rechtschreibstörung
- Rechtschreibstörung
- Lesestörung

sowie **Notenschutz** hinsichtlich einer

- Lese- und Rechtschreibstörung
- Rechtschreibstörung
- Lesestörung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte