



Antrag auf Nachteilsausgleich

Münster, den _____

Sehr geehrte Schulleitung,

hiermit möchte ich für _____, Klasse ____, nach §2 Abs. 5 des Schulgesetzes für das Land NRW (SchulG) und §6 Abs. 9 der Verordnung über die Ausbildung und die Abschlussprüfungen in der Sekundarstufe I (APO-SI) einen Nachteilsausgleich/ die Weiterführung des Nachteilsausgleichs für das Schulhalbjahr _____ beantragen.

Art des Nachteilsausgleichs:

Begründung:

Folgende Unterlagen liegen dem Antrag bei:

☐ Unterlagen liegen bereits vor.

Mit freundlichen Grüßen,

(Datum/Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten)

Weitere Informationen zum Nachteilsausgleich finden Sie auf der Beratungsseite unserer Homepage.



Gewährung eines Nachteilsausgleichs

Datum der Antragstellung: _____

Name des Kindes: _____. Klasse: _____

☐ Nach Beratung der Klassenkonferenz vom _____ wird folgender Nachteilsausgleich gewährt:

Bitte stellen Sie den Antrag/Folgeantrag für das kommende Halbjahr möglichst frühzeitig vor den Zeugiskonferenzen über die Klassenleitung.

Diagnosen, die im laufenden Halbjahr neu vorliegen, können unabhängig davon eingereicht werden.

☐ Dem Antrag auf einen Nachteilsausgleich kann nicht entsprochen werden.

Begründung der Ablehnung:

Rechtsbehelfsbelehrung

Gegen diesen Bescheid kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe des Bescheids Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist schriftlich oder zur Niederschrift bei der Schule einzulegen. Die Postanschrift lautet: Von-Humboldt-Straße 14, 48159 Münster. Wird die Frist durch das Verschulden einer/eines Bevollmächtigten versäumt, wird dieses Verschulden der Widerspruchspartei zugerechnet.

GESCHWISTER - SCHOLL - GYMNASIUM

Städtisches Gymnasium Münster



Ich/wir habe/haben von dem vorliegenden Bescheid Kenntnis genommen:

Unterschrift Schulleitung

Münster, den _____

Unterschrift Klassenleitung

Münster, den _____

Unterschrift Stufenleitung

Münster, den _____

Unterschrift Erziehungsberechtigte/volljähriger
Schülerinnen und Schüler

Münster, den _____