



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 Zeugniskonferenzen 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 _____