Nachteilsausgleich für den Zeitraum von bis Schüler/in\_ Klasse Jhg.

Ärztliche Diagnose: ja O nein O Festgestellter Bedarf an sonderpädagogischer Unterstützung: ja O nein O

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| individuelle Ausgangslage | | individuelle Nachteilsausgleiche | |
| Individuelle Beeinträchtigungen in Lern- und Prüfungssituationen | Konkrete vereinbarte individuelle Maßnahmen | | Umsetzung durch |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

Die Klassen-/ Stufenkonferenz sichert die Umsetzung in allen Lernbereichen. Dieses Formular wird der Schülerakte beigelegt. Nachteilsausgleiche werden nicht auf Zeugnissen vermerkt.

(Ort, Datum, KlassenlehrerIn) (Ort, Datum, Schulleitung) (Ort, Datum, Eltern) (Ort, Datum, SchülerIn)