

Antragsteller:

---

---

---

Tel.: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Nachteilsausgleich**

(für Schüler, die laut BaySchO §31-§33 eine individuelle Unterstützung erhalten können;  
**ohne** Zeugnisvermerk) z.B. Zeitzugabe bei Leistungserhebungen bis 20%.

**Antrag auf Notenschutz**

(für Schüler, die laut BaySchO §34 eine entsprechende Notenbewertung erhalten können;  
**mit** Zeugnisvermerk) z.B. Rechtschreibleistungen werden nicht gewertet.

**für den/die Schüler/in**

Name, Vorname	geb. am	Klasse	Schuljahr
			ab 20 /

Zum Nachweis sind folgende Unterlagen als Anlage beigefügt:

- Stellungnahme des Schulpsychologen vom .....
- fachärztliches Zeugnis (Attest) über Art, Umfang und Dauer der Beeinträchtigung vom .....
- Sonstiges .....

Bei **Nachteilsausgleich** erfolgt kein Vermerk im Zeugnis.

Wird **Notenschutz** gewährt, so erhalten die Zeugnisse einen entsprechenden Vermerk.

Beispiel für Rechtschreibstörung/Legasthenie:  
„Die Rechtschreibleistung wurde nicht bewertet.“

Vorlagetermin:

**spätestens 2. Blockwoche der Klasse im Schuljahr**  
BaySchO §36

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Schüler/in

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

**Anlagen**

## **Einwilligung zur Informationsweitergabe an eine aufnehmende Berufsschule**

Im Fall eines Wechsels an eine andere Berufsschule im Rahmen der aktuellen Ausbildung stimme/n ich/wir zu, dass eine Kopie des Bescheids der Dr.-Georg-Schäfer-Schule Schweinfurt über eine anerkannte Lese-Rechtschreib-Störung und eine Kopie der aktuellen schulpsychologischen Stellungnahme an die aufnehmende Berufsschule weitergeleitet werden.

Die Zustimmung dient dazu, die Anerkennung der Lese-Rechtschreib-Störung an der aufnehmenden Berufsschule zu beschleunigen. Eine Antragstellung ist an der aufnehmenden Berufsschule weiterhin erforderlich.

Diese Erklärung kann jederzeit widerrufen werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Schüler/in

---

Unterschrift Erziehungsberechtigte

## Erhebungsblatt zum Antrag bei Lese-Rechtschreib-Störung

**Bitte diesen Bogen und alle Dokumente in einem verschlossenen Kuvert in der Verwaltung abgeben oder direkt an die Schuladresse des zuständigen Schulpsychologen Herrn Kreisel in Haßfurt senden:**

Udo Kreisel – Schulpsychologe  
Heinrich-Thein-Schule  
Hofheimer Str. 14-18  
97437 Haßfurt

### 1. Angaben zum/r Schüler/in

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Schule: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_  
Ausbildungsberuf: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu den Erziehungsberechtigten\*

Familienname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Hausnummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

\*Anschrift angeben, falls von der Anschrift der Schülerin/des Schülers abweichend.

### 3. Angaben zur Lese-Rechtschreib-Störung

Welche Diagnose liegt bereits vor:

- Lese-Rechtschreib-Störung
- Lesestörung
- Rechtschreibstörung
- weitere: \_\_\_\_\_

Wann wurde die Diagnose erstmals gestellt? \_\_\_\_\_

Gibt es weitere fachärztliche Diagnosen? \_\_\_\_\_

---

Liegt eine Seh- und/oder Hörbeeinträchtigung vor?  ja  nein

... wenn ja, wurde diese fachärztlich untersucht?  ja  nein

Welche Maßnahmen wurden bisher in der Schule gewährt? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Überblick über die bisherige schulische Laufbahn: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **4. Bitte folgende Unterlagen in Kopie beilegen:**

- ✓ **neueste schulpsychologische Stellungnahme (wenn vorhanden)**
- ✓ **fachärztliches Gutachten (wenn vorhanden)**
  - ✓ **Zeugnis Jahrgangsstufe 2, 3 oder 4**
  - ✓ **Abschlusszeugnis der allgemeinbildenden Schule**
  - ✓ **letztes Zeugnis der derzeitig besuchten Schule**
  - ✓ **aktuelle Schreibprobe (nicht verbessert)**  
(z.B. Kopie einer Deutschschulaufgabe, selbstverfasster Aufsatz, o. ä.)

#### **5. Einverständniserklärung\***

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass mein/unser Sohn, meine/unsere Tochter

\_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_  
Familiename, Vorname

im Rahmen einer Diagnostik und Beratung bei Verdacht auf Lese-Rechtschreib-Störung mit einem standardisierten Intelligenzverfahren getestet wird.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\*Von Erziehungsberechtigten der /der minderjährigem/r Schülers/in auszufüllen

**Bitte beachten Sie, dass eine Bearbeitung nur bei Vollständigkeit der Dokumente erfolgen kann. Bei Unvollständigkeit verlängert sich die Bearbeitungszeit erheblich.**