|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Logo der Schule | **Nachteilsausgleich** | | | |
| **Schüler/-in:** | **Klasse:** | | **Datum:** |
| **Gültigkeitsdauer (von - bis):** | | **bearbeitet von:** | |

**Vorlage Formular Nachteilsausgleich**

**Fachlehrer/n:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fach** |  |  |  |  |  |  |
| **Lehrerkürzel** |  |  |  |  |  |  |
| **Unterschrift** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fach** |  |  |  |  |  |  |
| **Lehrerkürzel** |  |  |  |  |  |  |
| **Unterschrift** |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Folgender Nachteilsausgleich wird gewährt:** |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der/des Inklusionsbeauftragten der Abteilung

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift der Schulleitung

Eine Kopie des Nachteilsausgleichs wurde an \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname der Schülerin/des Schülers am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ausgehändigt.

**Rechtsbehelfsbelehrung**

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist bei der Schule

Berufskolleg XXX

*Adresse und Kontaktdaten*

schriftlich oder zur Niederschrift zu erklären. Falls die Frist durch das Verschulden eines von Ihnen Bevollmächtigten versäumt werden sollte, würde dieses Verschulden Ihnen zugerechnet werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des gesetzlichen Vertreters bzw. der volljährigen Schülerin/des volljährigen Schülers