



Antrag auf Nachteilsausgleich

Ich beantrage hiermit die Gewährung eines Nachteilsausgleichs für die Durchführung der staatlichen Prüfung gemäß der gültigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung.

Familienname	Vorname	Geburtsdatum	
Anschrift: Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Ort
E-Mail		Telefonnummer	

Art der Einschränkung (fachärztliches Attest bzw. Gutachten mit Umsetzungsempfehlung ist diesem Antrag als Anlage beizufügen – nicht älter als ein Jahr), ggf. Kopie des Schwerbehindertenausweises.

Konkrete Nennung des beantragten Nachteilsausgleichs (z.B. technische Hilfsmittel, Zeitverlängerung)

Ort, Datum	Unterschrift des/der Antragsteller/in
------------	---------------------------------------

Sichermerk der zuständigen Schule
