

ANTRAG AUF GEWÄHRUNG EINES NACHTEILSAUSGLEICHS

gemäß § 35 LPSB

Jahrgang/Klasse

--

Teilnehmende/r

Name, Vorname	
Geburtstag	
Anschrift	
Telefonnummer	E-Mail-Adresse

Hiermit beantrage ich gemäß § 35 LPSB einen Nachteilsausgleich für die Bearbeitung der Leistungsnachweise und Prüfungen im Rahmen des Beschäftigtenlehrgangs II und der Fachprüfung II.

Art der Behinderung bzw. Beeinträchtigung / Diagnose / ICD 10

Der Nachteilsausgleich umfasst folgendes:

schriftliche Prüfung fachpraktische Prüfung Leistungsnachweise/Aufsichtsarbeiten

Folgende Zeitverlängerung wird benötigt:

10 % 15 % 20 % 25 % 30 %

35 % 40 % 45 % 50 %

Folgende Hilfsmittel werden benötigt (z.B. Laptop, digitale VSV, Braillezeile, Schreibkraft etc., die durch ein amtsärztliches Zeugnis gem. § 35 Abs. 3 LPSB nachzuweisen sind):

Sonstiges (z.B. behindertengerechtes Zimmer etc.):

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Amtsarztes

Unterschrift Teilnehmende/r