

Antrag auf einen Nachteilsausgleich nach § 1 SchulG / APO-S 1 § 6 Punkt 9 / BASS 14-01 Nr.1 (LRS-Erlass)

Hiermit beantragen wir für unsere Tochter / unseren Sohn _____
(Vorname und Nachname)
einen Nachteilsausgleich.

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte

Folgende Kriterien, die einen Nachteilsausgleich rechtfertigen, werden erfüllt:

- Die Schülerin / der Schüler wird zielgleich unterrichtet.
- Die Schülerin / der Schüler hat einen sonderpädagogischen Unterstützungsbedarf **und** benötigt einen Nachteilsausgleich um zielgleiche Leistungen erbringen zu können.
- Eine Autismus-Spektrum-Störung ist ärztlich dokumentiert nachgewiesen.
- Die Bedingungen des LRS-Erlasses werden erfüllt und sind durch ein psychologisches Gutachten oder ähnliches nachgewiesen. (Eine Testung in der Schule bestätigt den Befund)

Folgende äußere Bedingungen der Leistungsüberprüfung sollten verändert werden, um einen bestehenden Nachteil auszugleichen:

- Verlängerung von Vorbereitungs-, Pausen- und Arbeitszeiten
- Bereitstellung des folgenden technischen Hilfsmittels: _____
- Gewährung besonderer räumlicher Bedingungen, einer besonderen Arbeitsplatzorganisation wie z.B. ablenkungsarme, geräuscharme, blendungsarme Umgebung etwa durch die Nutzung eines separaten Raums
- Assistenz / Schulbegleitung, z.B. bei der Arbeitsorganisation
- Bei Unterstützungsbedarf im Bereich „ Sehen; Hören Kommunikation; Sprache“ sowie Autismus-Spektrum-Störung – Anpassung der Aufgabenstellung, bei gleichbleibendem Schwierigkeitsniveau
- Aussetzung der Benotung für die Rechtschreibung in den Klassen 5 und 6 in Deutsch und Englisch
- _____

Der oben beschriebene Nachteilsausgleich ist aus Sicht der Klassenkonferenz/Stufenkonferenz nötig, um zielgleiche Leistungen erbringen zu können.

Datum, Unterschrift Klassenleitung (Vorsitz Klassenpflegschaft)

Aufgrund der dargelegten Kriterien, die einen Nachteilsausgleich rechtfertigen, sowie der durch die Klassenkonferenz/Stufenkonferenz als notwendig angesehenen Änderungen der äußeren Bedingungen für die Leistungsüberprüfung, stimme ich diesen Maßnahmen zu, um den bestehenden Nachteil auszugleichen.

Datum, Unterschrift Schulleitung

Information an die Eltern über die Bewilligung des Nachteilsausgleichs am: _____