**Dokumentation**

**des Nachteilsausgleichs**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Schülerin / Schüler** | | | | |
| Name | Vorname | | Geburtsdatum | |
| derzeit besuchte Schule | Klasse | Einschulung (SJ) | Zurückstellung | Wiederholung (Klassenstufe) |
| Klassenlehrer/in | | | | |
| Namen und Anschrift der Sorgeberechtigten | | | | |

|  |
| --- |
| **Teilnehmer der Klassenkonferenz unter Vorsitz der Schulleitung** |
| Datum:Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben. |

|  |
| --- |
| **Fachärztliche Diagnose bzw. Ausgangssituation**  Ein ärztliches Attest ist für die Gewährung von Nachteilsausgleich nicht unbedingt notwendig, es kann aber zur Untermauerung oder Information von der Klassenkonferenz bei den Eltern eingeholt werden.  Oft sind in Attesten Hinweise zur Gestaltung des Schulalltags enthalten. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Auswirkungen auf das schulische Lernen (Lernen - Leistungsmessung - Unterricht)** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Nachteilsausgleich  (Fächer, vereinbarte Maßnahmen, Leistungsmessung)** |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Beschluss des Nachteilsausgleichs:  
Der Nachteilsausgleich wird von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gewährt.   
Der Beschluss ist für jede Lehrkraft der Schülerin/des Schülers bindend.

ggf. Wiedervorlage am Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

Kopie an:

|  |  |
| --- | --- |
| Schülerin/Schüler | Eltern |
| Sonderpädagogischer Dienst | Sonstige: Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ort, Datum Klassenlehrkraft Schulleitung