

**Antrag auf Nachteilsausgleich wegen einer dauerhaften
Beeinträchtigung**

(Art. 52 Abs. 5 BayEUG und Teil 4 BaySchO)

Hiermit beantrage ich einen Nachteilsausgleich wegen einer dauerhaften
Behinderung.

Name: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Klasse: _____

Die notwendigen Unterlagen habe ich diesem Antrag beigelegt.

Amtsärztliches Attest

Sonstiges

Schwerbehindertenausweis

Über die von der Schule gewährten Maßnahmen wurde ich informiert.

Schweinfurt, den _____

Unterschrift des Schülers _____

Unterschrift der Erziehungsberechtigten _____
