



**GEMEINSCHAFTSGRUNDSCHULE DIERATH**

DIERATH 13  
51399 BURSCHEID  
TELEFON 02174 / 5880  
TELEFAX 02174 / 749850

Burscheid, den \_\_\_\_\_

## **Elternantrag zur Gewährung eines Nachteilsausgleiches gemäß § 1 und 2 Schulgesetz**

Sehr geehrte Frau/Herr \_\_\_\_\_,

hiermit beantrage ich/ beantragen wir einen Nachteilsausgleich gemäß § 1 und 2

Schulgesetz für mein Kind \_\_\_\_\_,

geb. \_\_\_\_\_,

Klasse \_\_\_\_\_ aufgrund von:

- Schwierigkeiten beim Erlernen des Lesens und Schreibens/ Rechtschreibens (LRS)
  - bereits getestet durch \_\_\_\_\_ (Belege beifügen)
- Autismus (Belege beifügen)
- AD(H)S (Belege beifügen)
- Behinderung: \_\_\_\_\_ (Belege beifügen)
- Erkrankung: \_\_\_\_\_ (Belege beifügen)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Erziehungsberechtigte