**Antrag auf Nachteilsausgleich und/oder Notenschutz**

Hiermit beantrage ich für mein Kind \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Klasse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ aufgrund

□ einer fachärztlich/schulpsychologisch festgestellten isolierten Lesestörung (Nichtzutreffendes streichen)

□ einer fachärztlich/schulpsychologisch festgestellten isolierten Rechtschreibstörung (Nichtzutreffendes streichen)

□ einer fachärztlich/schulpsychologisch festgestellten kombinierten Lese-Rechtschreibstörung (Nichtzutreffendes streichen)

□ folgender fachärztlich bescheinigter körperlich-motorischer Beeinträchtigung:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ folgender fachärztlich bescheinigter Beeinträchtigung beim Sprechen:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ einer fachärztlich festgestellten Hörschädigung

□ einer fachärztlich festgestellten Sehschädigung

für das Schuljahr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ am Maximiliansgymnasium München

□ Nachteilsausgleich gemäß §33 BaySchO

□ Notenschutz gemäß §34 BaySchO

□ den Verzicht auf Nachteilsausgleich gemäß §33 BaySchO

□ den Verzicht auf Notenschutz gemäß §34 BaySchO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift eines Erziehungsberechtigten