

## Verzicht auf die weitere Gewährung eines Nachteilsausgleichs und Notenschutzes aufgrund einer fachärztlich / schulpsychologisch festgestellten Lesestörung, Rechtschreibstörung oder Legasthenie

## Abgabe spätestens in der 1. Schulwoche

Schüler/in:			
Geburtsdatum:			
Klasse:			
Erziehungsberecht	igte/r:		
Name:			
Anschrift:			
Telefon:			
Notenschutzes für	unsere Tochter / unsere	währung eines Nachteilsau en Sohn. Uns ist bekannt, e ckgängig machen können.	_
Ort, Datum		Unterschrift Erziehungs	sberechtigte