

Verzicht auf die weitere Gewährung eines Nachteilsausgleichs und Notenschutzes

aufgrund einer fachärztlich oder schulpsychologisch
festgestellten Lesestörung, Rechtschreibstörung oder Lese- Rechtschreibstörung
zur Vorlage bei der Schulleitung (gemäß §36 (2) BaySchO)

Abgabe spätestens 1. Schulwoche

Als Erziehungsberechtigte

Name, Vorname

Name, Vorname

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

Telefon

Telefon

E-Mail

E-Mail

der Schülerin / des Schülers

Name, Vorname, geb. am

Geburtsdatum

Klasse

verzichten wir auf die weitere Gewährung eines Nachteilsausgleichs und Notenschutzes für
unsere Tochter / unseren Sohn. Uns ist bekannt, dass wir den Verzicht in diesem Schuljahr nicht mehr
rückgängig machen können.

Ort, Datum, Unterschrift

Ort, Datum, Unterschrift