

An die
Pestalozzi Grundschule Birkenwerder
integrativ-kooperative Schule

Antrag zum Nachteilsausgleich für zeitweise oder chronisch kranke Schülerinnen und Schüler nach RS 2/14

Chronische Erkrankungen sind z. B.: Allergien, Angeborener Herzfehler, Aphasie, Asthma bronchiale, Chronisch entzündliche Darmerkrankung, Diabetes, Epilepsie, Leukämie, Migräne, Mukoviszidose, Neurodermitis, Rheuma, Anorexia nervosa, ADHS, ADS, Borderline – Persönlichkeitsstörung, Bulimia nervosa, Depression, Schizophrene Psychosen, Schulangst, Schulphobie, Tourette-Syndrom, Zwangsstörungen, ...

Hiermit stelle ich / stellen wir einen Antrag auf einen Nachteilsausgleich für:

Name und Vorname des Kindes:	
Klasse:	
Grund des Nachteilsausgleiches: (Bitte ankreuzen.)	<input type="radio"/> nach Krankenhausaufenthalt <input type="radio"/> chronische Erkrankung
Die Belastbarkeit unseres Kindes / meines Kindes ist aus ärztlicher Sicht vorübergehend oder Dauerhaft eingeschränkt. Es liegt eine fachärztliche Stellungnahme vor. Sie befindet sich im Original im Anhang und ist nicht älter als ein Jahr.	
Datum der ärztlichen Stellungnahme:	
Bezeichnung der Krankheit:	
Beschreibung der Einschränkung der Leistungsfähigkeit:	
Datum und Unterschrift der Eltern	