

Antrag auf Gewährung eines Nachteilsausgleichs in Prüfungen und prüfungsrelevanten Leistungen

gemäß § 16 Absatz 1 der Bremischen Verordnung über die Inklusive Bildung an öffentlichen Schulen (BremInBiIV)

(Name, Vorname)

(Anschrift)

An die Schulleitung der Schule _____

- über Klassenleitung/ Tutor-

Bremen, _____

Antrag auf Gewährung von Nachteilsausgleich in der

10. Jahrgangsstufe/ZAP Q-Phase/Abitur _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich

für mich für meine Tochter / meinen Sohn

_____ geb. am _____

einen Antrag auf Nachteilsausgleich stellen.

Begründung: (Bitte fügen Sie gegebenenfalls Bescheinigungen bei)

Ich wurde darüber aufgeklärt, dass die Schule eine Stellungnahme beim

Regionalen Beratungs- und Unterstützungszentrum Mobilen Dienst einholen muss.

Für den Fall eines Folgeantrags in der Sekundarstufe II:

Ich erkläre mich damit

einverstanden, nicht einverstanden,

dass sich die abgebende und die aufnehmende Schule über gewährte Nachteilsausgleiche austauschen dürfen, soweit dieses für die Erfüllung der Aufgaben der aufnehmenden Schule erforderlich ist.

Mit freundlichen Grüßen,

Datum Unterschrift Sorgeberechtigte bzw. volljähriger Schüler/volljährige Schülerin