

## Abfrage von dauerhaften Beeinträchtigungen in Hinblick auf Nachteilsausgleich bzw. Notenschutz

<b>Name, Vorname</b>	<b>Geb. Datum</b>
----------------------	-------------------

**Haben Sie dauerhafte Beeinträchtigungen?** (z.B. chronische Erkrankung, Asthma, Epilepsie, psychische Erkrankungen, körperliche Einschränkungen)

Nein     Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen eine Leserechtschreibschwäche?**

Nein     Ja -> bitte Nachweis vorlegen und sich mit Frau Mekezer  
[anett.mekezer@schulen.nuernberg.de](mailto:anett.mekezer@schulen.nuernberg.de) in Verbindung setzen

**Haben Sie Probleme im Bereich Hören, Motorik oder Sehen?**

Nein     Ja, welche? \_\_\_\_\_

Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit meiner o. g. Angaben und verpflichte mich, Änderungen unverzüglich/schnellstmöglich der Schule schriftlich mitzuteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift