

Grundschule Vachendorf  
Schulstraße 25  
83377 Vachendorf  
Tel. 0861-5280  
Fax. 0861-60423



Hiermit beantrage ich für meinen Sohn / meine Tochter

....., geb. am ....., Klasse .....

- Nachteilsausgleich
- Notenschutz (wird im Zeugnis vermerkt)

im Rahmen einer Lese-Rechtschreib-Störung.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Ich bin darüber informiert, dass hierfür eine schulpsychologische Stellungnahme erforderlich ist
- Ich habe bereits Kontakt mit der Schulpsychologin / Beratungslehrerin \_\_\_\_\_ aufgenommen.
- Es liegt ein fachärztliches Gutachten von \_\_\_\_\_ vor.

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

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_