

Max-Fellermeier-Grund- und Mittelschule

Simbacher Straße 10/12
84524 Neuötting
Tel.: 0 86 71 – 88 66 10
Fax: 0 86 71 – 88 66 21
E-Mail: info@max-fellermeier-schule.de



Sehr geehrte Schulleitung,
hiermit beantragen wir für unseren Sohn / unsere Tochter

_____, geb. _____, Klasse _____

| | |
|---|---|
| Maßnahmen zum Nachteilsausgleich (BaySchO § 33) Diese Maßnahmen werden nicht im Zeugnis vermerkt. | |
| <input type="radio"/> | Die Prüfungsanforderungen bleiben insgesamt gewahrt. Der Nachteilsausgleich hilft den Schülern, die Aufgaben auf demselben Niveau trotz ihrer Beeinträchtigung zu erfüllen. Mögliche Maßnahmen sind: Zeitverlängerung / Strukturierungshilfen bei längeren Texten / Vorlesen von Arbeitsaufträgen/ Text auf farbiges Papier/ Vergrößerung |

| | |
|---|--|
| Notenschutz (BaySchO § 34) Mit dem Notenschutz wird auf einen Teil der Leistungsbewertung verzichtet. Daher ist der Notenschutz mit einem Zeugnisvermerk verbunden, der angibt, welche Leistung nicht erhoben wurde, z.B. „Die Rechtschreibung wurde im Fach Deutsch nicht bewertet.“ | |
| <input type="radio"/> | Folgende Notenschutzmaßnahmen sind bei einer Lese-Rechtschreib-Störung zulässig: a) Rechtschreibstörung: Verzicht auf die Bewertung der Rechtschreibleistung. In den Fremdsprachen, mit Ausnahme der Abschlussprüfung, eine stärkere Gewichtung der mündlichen Leistungen. b) Lesestörung: In den Fächern Deutsch, Deutsch als Zweitsprache und in den Fremdsprachen wird auf die Bewertung des Vorlesens verzichtet. |
| <input type="radio"/> | Sonderpädagogischer Förderbedarf (Sprache, Hören, Sehen/ körperlich-motorische Entwicklung/ Autismus) |
| <input type="radio"/> | wegen fehlender Sprachkenntnisse |
| <input type="radio"/> | sonstiges |

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Dem Antrag liegt ein fachärztliches Zeugnis über Art, Umfang und Dauer der Beeinträchtigung oder der chronischen Erkrankung (z. B. Schwerbehindertenausweis) bei. |
|-----------------------|---|

| | |
|--|------------------------------------|
| Wir wurden bereits beraten vom: | |
| <input type="radio"/> | Beratungslehrer Name: _____ |
| <input type="radio"/> | Schulpsychologin Name: _____ |
| <input type="radio"/> | Externe Stelle _____ (z.B. SPZ) |

| | |
|-----------------------|---|
| <input type="radio"/> | Vor der Antragstellung sind wir mit der zuständigen Lehrkraft in Kontakt getreten und haben mit ihr die Maßnahmen zur individuellen Unterstützung und die Möglichkeiten des Nachteilsausgleiches und Notenschutzes besprochen. |
|-----------------------|---|

Ort, Datum

Unterschrift der Erziehungsberechtigten