

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte,

wenn bei Ihrer Tochter / Ihrem Sohn bereits eine Lese-Rechtschreib-Störung festgestellt wurde und sie (weiterhin) einen Nachteilsausgleichs und / oder Notenschutz wünschen, sind aufgrund des Schulwechsels sowohl ein neuer Elternantrag als auch eine neue schulpsychologische Stellungnahme nötig. **Bitte füllen Sie beide beigefügten Formulare zeitnah nach Anmeldung Ihres Kindes aus und leiten Sie die Dokumente an das Sekretariat des Kronberg-Gymnasiums Aschaffenburg weiter.** Geben Sie bitte unten auf dem Antrag auch eine private Telefonnummer zur Absprache der empfohlenen Maßnahmen an. So ist ein zügiges Inkrafttreten der Unterstützungsmöglichkeiten zum Beginn des kommenden Schuljahres möglich.

Bei Fragen können Sie sich direkt an die Schulpsychologin / den Schulpsychologen wenden. Aufgrund von Elternzeitvertretung entnehmen Sie bitte der Schulhomepage, wer aktuell für das Kronberg-Gymnasium Aschaffenburg zuständig ist. Vielen Dank!

### **Antrag auf Gewährung eines Nachteilsausgleichs und/oder Notenschutzes bei vorliegender Lese-Rechtschreib-Störung**

Hiermit beantrage ich für

meine Tochter / meinen Sohn .....

geboren am .....

wohnhaft in .....

die Gewährung eines Nachteilsausgleiches und/oder Notenschutzes im Falle einer entsprechend attestierten Lese-Rechtschreib-Störung. Ich bin darüber informiert, dass nach BaySchO §36 (7) gilt: „Der Nachteilsausgleich wird nicht im Zeugnis aufgeführt. Bei einem auch nur für Teile des Zeugniszeitraums gewährten Notenschutz ist ein Hinweis in die **Zeugnisbemerkung** aufzunehmen (...).“

Nach BaySchO §36 (4) gilt: „Die Erziehungsberechtigten (...) können schriftlich beantragen, dass ein bewilligter Nachteilsausgleich oder Notenschutz nicht mehr gewährt wird. Ein Verzicht auf Notenschutz ist **spätestens innerhalb der ersten Woche nach Unterrichtsbeginn** zu erklären.“

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

**Private Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse** eines Erziehungsberechtigten:

.....

## Entbindung von der Schweigepflicht

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass die im Rahmen der Diagnostik einer Lese-Rechtschreib-Störung erhobenen Daten betreffend

meine Tochter / meinen Sohn .....

geboren am .....

wohnhaft in .....

an den / die staatl. Schulpsycholog/in am Kronberg-Gymnasium Aschaffenburg weitergegeben werden dürfen.

Zu diesem Zweck entbinde ich .....\*  
von der Schweigepflicht.

.....  
(Ort, Datum)

.....  
(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

\* Bitte tragen Sie hier den Namen derjenigen Person ein, bei der die Testergebnisse derzeit aufbewahrt werden. I. d. R. ist dies der / die zuständige staatliche Schulpsycholog/in am Schulamt oder an der bisherigen Schule.