

# Grundschule Garching-West

St.-Severin-Str. 3  
85748 Garching  
Tel. 089 32989117  
Fax 089 3261263  
mail: [gs.garching-west@t-online.de](mailto:gs.garching-west@t-online.de)  
homepage: [www.grundschule-garching-west.de](http://www.grundschule-garching-west.de)



## Antrag der Erziehungsberechtigten auf Nachteilsausgleich / Notenschutz nach Art. 52 Abs.4 und 5 BayEUG vom 30.06.2016 und §31ff. BaySchO vom 01.08.2016

\_\_\_\_\_  
Name der Erziehungsberechtigten

\_\_\_\_\_  
wohnhaft in: Straße, Ort

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

Hiermit beantrage ich/beantragen wir als Erziehungsberechtigte aufgrund einer diagnostizierten

- Lese-Rechtschreib-Störung
- Rechtschreibstörung
- Lesestörung

für unsere Tochter/unseren Sohn

\_\_\_\_\_  
Name des Kindes

\_\_\_\_\_  
geboren am

\_\_\_\_\_  
Klasse

\_\_\_\_\_  
Klassenleitung

- einen Nachteilsausgleich (BaySchO §33)
- einen Notenschutz (BaySchO§34).

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Es liegt ein fachärztliches Gutachten vor.
- Es liegt eine schulpsychologische Stellungnahme vor.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten