|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Staatliche Realschule**Am Pfarrteich 195233 Helmbrechts Tel. 09252 35840Fax. 09252 358429 | E-Mail: sekretariat@rs-helmbrechts.deInternet: www.rs-helmbrechts.de |  |

**Antrag auf Bewilligung von Maßnahmen aufgrund einer Lese-Rechtschreib-Störung**

Für unseren Sohn/ unsere Tochter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Name des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

beantragen wir ab dem Schuljahr 20\_\_\_ / 20\_\_\_

 **individuelle Fördermaßnahmen** (basierend auf den Empfehlungen der Lehrkräfte und der Schulpsychologin)

 **individuelle Fördermaßnahmen** (basierend auf den Empfehlungen der Lehrkräfte und der Schulpsychologin) **und**

**Nachteilsausgleich**, z. B. in Form einer Verlängerung der Arbeitszeit

 **individuelle Fördermaßnahmen** (basierend auf den Empfehlungen der Lehrkräfte und der Schulpsychologin) **und**

 **Nachteilsausgleich**, z. B. in Form einer Verlängerung der Arbeitszeit **und** **Notenschutzmaßnahmen**

(keine Bewertung der Rechtschreibung, verstärkte Gewichtung der mündlichen Leistungen bei Bedarf) **Uns ist bekannt, dass Maßnahmen zum Notenschutz im Zeugnis vermerkt werden.**

Besonderer Hinweis für Jahrgangsstufe 9 und 10:

Für den Eintrag der Noten im Abschlusszeugnis gilt: Wurde bei der Erbringung der Leistungsnachweise Notenschutz gewährt, so wird dies im Abschlusszeugnis vermerkt. Die gilt insbesondere auch für Noten aus der 9. Klasse, wenn in dieser Jahrgangsstufe Notenschutz in Anspruch genommen wurde.

**Wir werden zeitnah einen Termin bei der zuständigen Schulpsychologin vereinbaren.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des / der Erziehungsberechtigten