

**Antrag auf Nachteilsausgleich wegen einer dauerhaften  
Behinderung**

(Art. 52 Abs. 5 BayEUG und Teil 4 BaySchO)

Hiermit beantrage ich einen Nachteilsausgleich wegen einer dauerhaften Behinderung.

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geboren am: \_\_\_\_\_

Klasse: \_\_\_\_\_

Die notwendigen Unterlagen habe ich diesem Antrag beigelegt.

Amtsärztliches Attest

Sonstiges

Schwerbehindertenausweis

Über die von der Schule gewährten Maßnahmen wurde ich informiert.

Schweinfurt, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Schülers \_\_\_\_\_

Unterschrift der Erziehungsberechtigten \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_